

SAÚDE INTEGRAL NAS COMUNIDADES DE FÉ

Perspectivas da liderança eclesial e seus membros



Gina Andrade Abdala
Maria Dyrce Dias Meira
Jacqueline Guimarães Nunes
(orgs.)

UNASPRESS

SAÚDE INTEGRAL NAS COMUNIDADES DE FÉ

Perspectivas da liderança eclesial e seus membros



Gina Andrade Abdala
Maria Dyrce Dias Meira
Jacqueline Guimarães Nunes
(orgs.)

1ª Edição, 2024 – Engenheiro Coelho, SP

UNASPRESS

Editora Universitária Adventista



Igreja Adventista
do Sétimo Dia



Educação
Adventista

Divisão Sul-Americana (DSA)

Presidente: Stanley Arco

Diretor do Departamento de Educação: Antônio Marcos da Silva Alves

Instituto Adventista de Ensino (IAE), mantenedora do Unasp

Presidente: Maurício Lima

Secretário: Charles Rampanelli

Tesoureiro/CFO: Telson Vargas

UNASP

Reitor: Martin Kuhn

Vice-reitor administrativo: Claudio Knoener

Vice-reitor para educação superior e diretor do campus São Paulo: Afonso Ligório Cardoso

Vice-reitor e diretor do campus Engenheiro Coelho: Carlos Alberto Ferri

Vice-reitor para a educação básica e diretor do campus Hortolândia: Henrique Karru Romanelli

Pró-Reitor Financeiro: Paulo Ricardo Monarin

Pró-reitor de graduação: Edilei Rodrigues de Lames

Pró-reitor de pesquisa e desenvolvimento institucional: Allan Macedo de Novaes

Pró-reitor de gestão integrada: Mauricio Guimarães Lima

Pró-reitor de pós-graduação lato sensu: Luis Henrique dos Santos

Pró-reitor de desenvolvimento espiritual: João Brito

Pró-reitor de educação a distância: Jonas Rafael Nikolay

UNASPRESS

Editora Universitária Adventista

Editor-chefe: Allan Macedo de Novaes

Editor-assistente: Gabriel A. Costa

Responsável editorial pelo EAD: Regiane Cardoso de Oliveira

Conselho editorial e artístico: Dr. Martin Kuhn; Me. Henrique Romanelli; Dr. Afonso Cardoso; Dr. Carlos Ferri; Me. Telson Vargas; Dr. Allan Novaes; Dr. Edilei Lames; Me. Wendel Lima; Dr. Evandro Fávero; Dr. Vanderlei Dorneles; Dr. Adriani Mili; Dr. Fabio Alfieri; Dra. Sílvia Quadros; Esp. Regiane Cardoso de Oliveira; Me. Lucas Alves; Dr. Adolfo Suárez; Me. Edilson Valiante; Me. Diogo Cavalcanti

UNASPRESS

Editora Universitária Adventista

Caixa Postal 88 – Reitoria Unasp
Engenheiro Coelho, SP CEP 13448-900
Tels.: (19) 3858-5171 / 3858-5172

www.unasp.com.br

Coordenação editorial: Gabriel A. Costa
Preparação: Davi Boechat
Revisão: Thiago Abdala
Projeto gráfico e diagramação: Felipe Rocha

Saúde integral nas comunidades de fé: perspectivas
da liderança eclesialística e seus membros

1ª edição – 2024

Pareceristas ad hoc:

Dra. Alessandra Paula F. M. Neumann
Dr. Erlo Braun
Dra. Lislei J. P. Martins
Dra. Marlise O. P. Lima
Dr. Vanderlei Dorneles

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)

(Ficha catalográfica elaborada por Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415)

Saúde integral nas comunidades de fé [livro eletrônico] : perspectivas da liderança eclesialística e seus membros / Gina Andrade Abdala, Maria Dyrce Dias Meira, Jacqueline Guimarães Nunes (orgs.). – Engenheiro Coelho, SP : Unasp, 2024.

PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5405-072-2

1. Administração eclesialística 2. Comunidades - Aspectos religiosos 3. Liderança 4. Qualidade de vida I. Abdala, Gina Andrade. II. Meira, Maria Dyrce Dias. III. Nunes, Jacqueline Guimarães.

25-260545

CDD-613

OP 00189.17

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde integral : Promoção 613

Editora associada:



ABDR Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Todos os direitos reservados à Unasp - Editora Universitária Adventista. Proibida a reprodução por quaisquer meios, *sem prévia autorização escrita da editora*, salvo em breves citações, com indicação da fonte.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	6
INTRODUÇÃO	7
Capítulo 1	
LIDERANÇA ECLESÍASTICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE: PERCEPÇÃO DE PASTORES PROTESTANTES	9
Márcia Capioto Bonzanini Maria Dyrce Dias Meira	
Capítulo 2	
CARACTERIZAÇÃO DA LIDERANÇA, ESTILO DE VIDA E SAÚDE FÍSICA E MENTAL DE LÍDERES ECLESÍASTICOS	52
Keudson Rodrigues Brito Gina Andrade Abdala	
Capítulo 3	
ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE PASTORES EM COMUNIDADES DE FÉ	90
Milton Rodrigues Filho Gina Andrade Abdala	
Capítulo 4	
ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES EM COMUNIDADES DE FÉ	115
Nadma de Paula Forti Gina Andrade Abdala	
Capítulo 5	
PERFIL DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA DE IDOSOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIO OITO REMÉDIOS NATURAIS (Q8RN).....	143
Silvana Martínez López Cazonato Wandeli Cassiano de Souza Araujo Gina Andrade Abdala	
APÊNDICE A	180
APÊNDICE B	182
ANEXO A	188
ANEXO B	192
ANEXO C	200
SOBRE OS AUTORES E ORGANIZADORES	203
ÍNDICE REMISSIVO	205

PREFÁCIO

A relação entre espiritualidade, saúde e qualidade de vida tem sido objeto de crescente interesse, tanto no meio acadêmico quanto nas práticas comunitárias. Nas décadas recentes, diversas pesquisas têm demonstrado a relação estreita entre o bem-estar da mente e do espírito (coração), próprios de uma vida espiritual equilibrada, e a vitalidade física, a capacidade de combater doenças e a longevidade.

O presente livro emerge desse contexto, fruto de cinco dissertações que exploram, de maneira científica e aplicada, o papel das comunidades de fé na promoção da saúde e no bem-estar de seus membros.

Ao longo destas páginas, o leitor encontrará uma análise detalhada sobre a relação entre a liderança comunitária e eclesial e a disseminação de hábitos saudáveis. Esses estudos investigam a percepção de pastores, líderes, jovens, adolescentes e idosos sobre a promoção da saúde e a qualidade de vida.

Através de um olhar interdisciplinar, combinando teologia, religião, ciências da saúde e ciências sociais, os estudos aqui apresentados evidenciam desafios e oportunidades para a construção de comunidades mais saudáveis.

A importância desse trabalho reside não apenas na profundidade de suas pesquisas, mas também na relevância prática de suas conclusões. As evidências aqui reunidas proveem subsídios indispensáveis para líderes religiosos, profissionais de saúde e membros de comunidades de fé interessados em promover princípios da saúde integral, baseados em valores holísticos e sustentáveis.

Além disso, ao final do livro, o leitor poderá conhecer os instrumentos avaliados utilizados nas pesquisas realizadas nessas dissertações. Esses instrumentos também permitem aos pesquisadores interessados no tema replicar esses estudos em diferentes contextos e ampliar a compreensão sobre a interseção entre liderança e saúde nas comunidades de fé.

Que esta obra, além de instruir e compartilhar o saber aqui construído, também inspire reflexões e ações concretas para a melhoria da qualidade de vida nas diversas comunidades, fortalecendo a interseção entre liderança, espiritualidade e bem-estar.

Boa leitura!

Vanderlei Dorneles

INTRODUÇÃO

Este livro é uma análise profunda sobre a interseção entre liderança eclesial, promoção da saúde e qualidade de vida em comunidades de fé. O estudo foca em líderes religiosos e membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD), e tem como objetivo entender o impacto de seus estilos de vida e ações em prol da saúde. Dividido em cinco capítulos, o livro aborda temas que vão desde a percepção dos líderes sobre a promoção da saúde até a qualidade de vida de diferentes faixas etárias em comunidades de fé, tendo ênfase nos adventistas.

O primeiro capítulo, “Liderança Eclesial e Promoção da Saúde: Percepção de Pastores Evangélicos”, explora como pastores evangélicos enxergam seu papel na promoção da saúde. As comunidades de fé são vistas como espaços cruciais para a disseminação de hábitos saudáveis, e a liderança exerce influência significativa sobre os membros. A pesquisa revela que os líderes reconhecem o poder da saúde espiritual e física combinada e identificam ações como feiras de saúde e evangelismo domiciliar como formas eficazes de atrair novos membros e fortalecer a comunidade. No entanto, também há desafios, como a falta de criatividade e de compromisso com a missão por parte de alguns líderes.

O segundo capítulo, “Caracterização da Liderança, Estilo de Vida e Saúde Física e Mental de Líderes Eclesiais”, o foco recai sobre a relação entre o estilo de vida dos pastores e sua saúde física e mental. Utilizando o “Questionário Oito Remédios Naturais (Q8RN)”, o estudo avalia como líderes religiosos, apesar de conhecerem os princípios da saúde, têm dificuldade em aplicá-los integralmente. A saúde mental, neste sentido, está diretamente associada a melhores estilos de vida. Isso destaca a importância de um cuidado integral dos líderes, que são peças-chave para impulsionar projetos de saúde nas comunidades de fé.

O terceiro capítulo, “Estilo de Vida e Qualidade de Vida de Pastores em Comunidades de Fé”, analisa-se o estilo de vida e a qualidade de vida de pastores da Igreja Adventista do Sétimo Dia no estado de São Paulo. Embora a maioria dos líderes tenha uma boa qualidade de vida, áreas como o descanso e o uso de água pura foram identificadas como deficiências. Ademais, a pesquisa demonstra uma relação

significativa entre estilo de vida e saúde mental, mostrando que melhorias no estilo de vida podem impactar positivamente a saúde geral desses líderes.

O quarto capítulo, “Estilo de Vida e Qualidade de Vida de Adolescentes em Comunidades de Fé” traz um estudo sobre adolescentes, um grupo particularmente suscetível a hábitos inadequados como sedentarismo e uso excessivo de dispositivos eletrônicos. Neste cenário, foi identificado que as comunidades de fé têm o potencial de influenciar positivamente essa fase crítica da vida, promovendo estilos de vida saudáveis. Com isso, o estudo indica que, embora o estilo de vida dos adolescentes seja considerado bom, há preocupações, sobretudo, com a falta de descanso. A pesquisa mostra uma associação clara entre estilo de vida saudável e melhor qualidade de vida entre os jovens, destacando a importância de ações contínuas de promoção da saúde.

O quinto capítulo, “Perfil de Saúde e Estilo de Vida de Idosos por Meio do ‘Questionário Oito Remédios Naturais (Q8RN)’” investiga o perfil de saúde de idosos em comunidades adventistas. Esses grupos demonstram um conhecimento significativo sobre envelhecimento saudável, mas também enfrentam desafios ao implementar práticas de saúde integral. Nesse sentido, a pesquisa aponta para a importância de campanhas educativas que incentivem o envelhecimento ativo e com qualidade. A iniciativa de realizar essa pesquisa de forma digital, por meio de questionários online, demonstra a capacidade de adaptação da comunidade idosa ao mundo moderno, o que também é um fator positivo para a promoção da saúde.

Tendo em vista as explicitações de cada um dos capítulos, este livro oferece uma visão abrangente de como diferentes faixas etárias dentro de comunidades de fé, guiadas por seus líderes eclesiais, lidam com a saúde e o estilo de vida. Pastores, adolescentes e idosos compartilham desafios semelhantes, principalmente no que diz respeito ao equilíbrio entre o conhecimento sobre saúde e a implementação prática de hábitos saudáveis. Ao longo dos capítulos, fica claro que as comunidades de fé são espaços vitais para a promoção de uma saúde integral, e que a liderança desempenha um papel crucial na transformação desses ambientes em centros de saúde física e espiritual. Deste modo, o conteúdo é indicado para líderes religiosos, profissionais da saúde e membros de comunidades de fé interessados em melhorar a qualidade de vida de seus grupos através de práticas holísticas e integrativas.

Os organizadores

LIDERANÇA ECLESIASTICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE: PERCEPÇÃO DE PASTORES PROTESTANTES

Márcia Capioto Bonzanini
Maria Dyrce Dias Meira

As comunidades de fé desempenham um papel crucial na promoção de conceitos de saúde, influenciando seus membros a adotarem estilos de vida saudáveis. No entanto, é importante salientar que a postura dos líderes eclesiais é fundamental para o sucesso de programas voltados à saúde integral da membresia. Deste modo, o objetivo do presente capítulo é compreender a percepção de pastores adventistas do sétimo dia sobre as ações de promoção da saúde em suas comunidades. Para isso, foi aplicada uma pesquisa qualitativa com 24 pastores que atuam no estado de São Paulo.

A maioria (62,5%) dos pastores tem entre 30 e 49 anos e possui pós-graduação (83,3%). Além disso, os pastores enfatizaram a importância da promoção da saúde como uma ferramenta de expansão da igreja através da evangelização. A utilização de eventos de conscientização como feiras de saúde é compreendida como ação eficaz para atrair novos membros.

Outrossim, os líderes também reconheceram a dificuldade de integrar o discurso “pró-vida” saudável com as realidades vivenciadas, mas destacaram que, ao priorizar as necessidades de saúde da comunidade, conseguem criar um ambiente que fortalece a espiritualidade da membresia. Para isso, o acolhimento e o amor são fundamentais para motivar as pessoas a se envolverem em ações desta natureza na igreja.

O PAPEL DAS COMUNIDADES DE FÉ NA PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL

Conceitualmente, a espiritualidade diz respeito a uma relação de crença entre o ser humano e uma força superior que traz sentido para a vida. A religião, por sua vez, é definida como um sistema de crenças, valores e dogmas que tem um papel de rede de apoio social com a finalidade de contribuir para o bem-estar das pessoas. Ela pode ser um fator facilitador para a integração social por meio das instituições, onde se promove também a reflexão acerca das práticas cotidianas e da realidade social (Koenig, 2012; Wang *et al.*, 2020; Yeary *et al.*, 2020).

A espiritualidade ajuda a elevar as virtudes nos seres humanos, aumentando o sentimento de união entre todos e encorajando-os para uma vida mais saudável. De maneira consoante, a liderança espiritual vislumbra um futuro melhor para os seguidores e, também, reforça a fé e a motivação da equipe, favorecendo um ambiente de mudanças, ao oferecer treinamentos adequados para que haja melhorias contínuas na vida da membresia (Makkar; Singh, 2020). Nesse contexto, sobressaem as relações de poder entre líderes e liderados que se estabelecem em meio a um sistema de valores pautados pela espiritualidade. Assim sendo, esta exerce influência sobre as emoções de líderes e liderados, podendo determinar o sucesso ou o fracasso nas metas organizacionais.

No campo das organizações religiosas, os líderes têm a responsabilidade de transmitir os princípios e valores que nortearão a membresia visando alcançar os resultados propostos. Por conseguinte, as comunidades de fé podem ser espaços vitais para divulgar conceitos e orientações sobre saúde, principalmente relacionados ao estilo de vida das pessoas em suas comunidades.

De todo modo, a promoção da saúde pode ser entendida pelos líderes como um processo de instrução da comunidade, envolvendo ações voltadas à melhoria da qualidade de vida da membresia e que propiciem a sua participação no controle das intervenções. A noção de promoção da saúde engloba o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas para o enfrentamento dos condicionantes e determinantes sociais do processo saúde e doença. Além disso, pressupõe avançar para tentativas de transformação social que propiciem melhores condições de vida a fim de influenciar positivamente a saúde das pessoas (Brasil, 2018).

Diferentes tipos de liderança e as características específicas das diversas comunidades religiosas podem favorecer a aculturação em relação à adoção de hábitos promotores da saúde integral. Maxwell *et al.* (2019) destacam a necessidade de conhecer os recursos disponíveis, principalmente no que se refere à liderança e às equipes de apoio para se alcançar resultados efetivos na promoção da saúde de tais grupos. Consequentemente, uma gestão estratégica compartilhada com os seguidores poderá estimulá-los a se empenhar para alcançar os objetivos comuns (Della Corte *et al.*, 2017).

As necessidades de saúde da população são demandas que requerem o envolvimento de vários setores da sociedade. Para tanto, a participação das comunidades de fé, bem como as parcerias destas com organizações governamentais e não governamentais, incluindo as comunidades científicas, tornam-se importantes para viabilizar ações de educação em saúde. Nesse sentido, lideranças e comunidades que compartilham objetivos comuns podem fazer progressos em projetos de promoção da saúde (Clark, 2014; Kent *et al.*, 2016).

Nessa direção, estudiosos desenvolveram vários estudos que abordam a implementação de ações de promoção da saúde em comunidades de fé, visando contribuir para melhorar as condições de saúde física e/ou mental da membresia (Baruth *et al.*, 2015;

Rivera-Hernandez, 2015; Jang *et al.*, 2017; Maynard, 2017; Pinsker *et al.*, 2017; Harmon *et al.*, 2018; Heward-Mills *et al.*, 2018; Williams *et al.*, 2018; Agyemang *et al.*, 2018; Stewart; Hong; Powell, 2019; Maxwell *et al.*, 2019; Tomalin; Sadgrove; Summers, 2019). Alguns estudos apontam lideranças eclesíásticas que buscaram dar suporte à área da saúde integral, incluindo o apoio espiritual e social (Baruth *et al.*, 2015; Rivera-Hernandez, 2015; Stacciarini *et al.*, 2016; Williams *et al.*, 2018; Lanzi *et al.*, 2019; Maxwell *et al.*, 2019).

Uma dessas fontes de suporte é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que tem como principais objetivos promover a qualidade de vida e minimizar as vulnerabilidades e os fatores de risco que levam ao adoecimento. Em consonância com esses objetivos, o estímulo à adoção de um de estilo de vida saudável pode ajudar a melhorar as condições de saúde da comunidade, contribuindo para a prevenção de doenças e, ainda, colaborando para diminuição das taxas de morbimortalidade (Brasil, 2018).

Desta forma, justifica-se a importância das ações de promoção da saúde para fortalecer a espiritualidade e melhorar as condições de saúde. No entanto, há uma notória escassez de pesquisas que explorem a visão da liderança eclesíástica sobre essa influência em suas comunidades, tanto para fortalecer os membros existentes quanto para atrair novos. Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é entender como pastores evangélicos percebem as características de liderança e o potencial dessas ações nas suas comunidades de fé.

MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

A participação deste estudo é considerado muito relevante, pois tem levado a decisões importantes, como a busca de uma consagração pessoal mais intensa. A inserção em uma comunidade de fé transforma a visão de mundo e traz maneiras de impactar positivamente outras pessoas. Contudo, a experiência pessoal das autoras, demarcada por constantes mudanças de cidade e estado, em decorrência da carreira do esposo, favoreceram, por um lado, a ampliação do conhecimento e de vivências, mas, por outro, as afastaram de algumas paixões. Consequentemente, o trabalho no meio corporativo revelou a pressão sobre líderes e equipes, resultando frequentemente em adoecimento.

Finalmente, o ingresso na área da saúde trouxe uma compreensão de como a espiritualidade impacta o bem-estar emocional e físico. Essa pesquisa busca responder a inquietações e contribuir para a transformação de vidas, assim como a própria vida das pesquisadoras foram transformadas.

PROBLEMA

Diferentes perfis de liderança influenciam no crescimento e na manutenção da membresia nas comunidades de fé? Qual é a percepção de líderes eclesíásticos acerca do potencial das ações de promoção da saúde em suas comunidades de fé?

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Determinados perfis de liderança podem propiciar meios mais ou menos eficazes para a implementação de ações promotoras da saúde. Da mesma forma, a cultura organizacional, a visão e o discurso dos líderes exercem influência sobre os membros, inclusive no que tange à operacionalização dessas ações. Logo, pressupõe-se que ao valorizar as ações de promoção da saúde nas comunidades de fé, a liderança eclesial contribui para um ambiente favorável ao fortalecimento espiritual, impactando no crescimento e na manutenção da membresia.

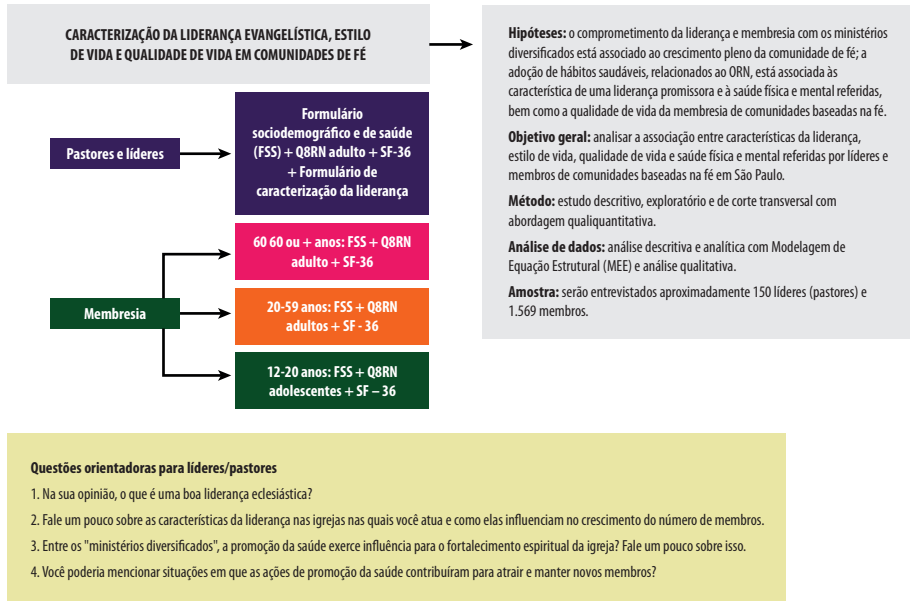
OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo principal conhecer a percepção de pastores protestantes sobre as características da liderança e o potencial das ações de promoção da saúde em comunidades de fé. Para isso, busca-se, em primeiro lugar, apreender como os líderes eclesiais percebem a influência dos diferentes perfis de liderança nas iniciativas voltadas para a promoção da saúde e sua relação com o crescimento e a manutenção do número de membros. Além disso, pretende-se descrever de que forma as ações de promoção da saúde realizadas nessas comunidades contribuem para o fortalecimento espiritual da membresia. Por fim, o estudo visa identificar quais dessas ações, segundo a experiência dos pastores, são mais eficazes para atrair e manter novos membros, ampliando, assim, o impacto da igreja tanto no bem-estar físico quanto no desenvolvimento espiritual de seus congregantes.

PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa está inserida em um estudo maior, intitulado “Caracterização da liderança evangélica, estilo de vida e qualidade de vida em comunidades de fé” (Figura 1), desenvolvido pelo grupo de pesquisa Religiosidade e Espiritualidade na Integralidade da Saúde (REIS), que é certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo CEP/UNASP-SP conforme parecer nº 3.377.688 e CAAE: 04335818.7.0000.5377. Por fim, no que diz respeito ao protocolo do estudo, este foi elaborado segundo as recomendações da Resolução 466/12 divulgada pelo Ministério da Saúde (MS) que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2013) e em conformidade com a declaração de Helsinque (World Medical Association, 2013).

Figura 1 – Desenho metodológico do estudo



Fonte: Elaborado pelos autores.

CONTEXTO EMPÍRICO DA PESQUISA

A pesquisa se concentra em uma igreja protestante fundada no século XIX nos Estados Unidos, que valoriza a saúde integral e o bem-estar da membresia como pilares fundamentais. A Igreja Adventista do Sétimo Dia se distingue de outras instituições religiosas por integrar a promoção da saúde em seu discurso e prática ao longo de sua história.

Atualmente, essa comunidade de fé opera como uma instituição globalizada, com uma ampla rede que inclui escolas, hospitais, clínicas e meios de comunicação, focando na disseminação de boas práticas de saúde e bem-estar. Sua liderança acredita que a promoção da saúde beneficia não apenas a comunidade, mas também a sociedade em geral.

Administrativamente, as unidades eclesiais seguem as diretrizes de líderes distritais e pastores locais, adaptando suas ações ao contexto regional. A estrutura é baseada na participação da membresia, que elege líderes para diversos ministérios. Assim, cada unidade é gerida por pastores e líderes distritais, vinculados a escritórios

regionais que atuam como “mantenedoras” das unidades, todas sob uma representação mundial com sede nos EUA.

CASUÍSTICA

A população-alvo incluiu líderes eclesiais/pastores convidados para participar da pesquisa. A área de abrangência da investigação é constituída por 2.048 igrejas com 645 pastores. Trata-se de uma amostra intencional, por adesão voluntária, baseada no conhecimento que os participantes têm a respeito do propósito do estudo, em que cada entrevistado pode expressar com propriedade sua visão sobre o tema (Gil, 2017; Marconi; Lakatos, 2021).

Esse tipo de amostragem é frequentemente adotado em pesquisas qualitativas. A técnica consiste em entrevistar pessoas que se julgam com vivência necessária na área em questão. Nesse caso, envolveu a participação de pastores de uma mesma denominação religiosa que partilham propósitos e realidades comuns. Esse critério de amostragem consiste em obter a opinião sobre o tema, mediante a análise da representação de apenas uma parte dos envolvidos na experiência a ser pesquisada (Lakatos; Marconi, 2012, Minayo, 2017a).

Os critérios de inclusão preconizados foram pastores credenciados pela mantenedora das comunidades de fé, com dois anos ou mais de experiência no ministério pastoral e, por questões de praticidade e conveniência, que estivessem presentes em reuniões administrativas promovidas pela mantenedora. Não foram incluídos líderes eclesiais em exercício de cargo administrativo, no distrito vinculado. No total, foram entrevistados 24 pastores.

MATERIAIS

Os materiais utilizados para a operacionalização da pesquisa foram cópias de formulários de dados sociodemográficos e gravador de um smartphone. Utilizou-se também o DSCsoft (2020), um *software* utilizado para pesquisas qualiquantitativas em que se aplica a técnica de análise baseada no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

TIPO DE ESTUDO

A pesquisa possui uma abordagem qualitativa (Minayo, 2014), de natureza descritiva e exploratória (Gil, 2017; Marconi; Lakatos, 2021), focando em líderes eclesiais de uma denominação evangélica. Os dados foram analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme Lefèvre e Lefèvre (2005; 2006). O referencial teórico é a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici (2012).

A análise qualitativa requer uma descrição detalhada e um aprofundamento dos dados, buscando compreender os significados nas falas dos participantes dentro

de seu contexto (Minayo; Guerreiro, 2014; Minayo, 2017b). Assim, a pesquisa descritiva investiga características de grupos e fenômenos, enquanto a exploratória visa compreender diversos aspectos do tema (Gil, 2017; Marconi; Lakatos, 2021).

A técnica do DSC organiza dados qualitativos, agrupando depoimentos com significados semelhantes em expressões-chave para entender as opiniões e sentimentos de um grupo. Essa abordagem permite a construção de um painel de opiniões coletivas (Lefèvre, Lefèvre, 2005; 2006; Marques, 2009). A TRS explora como indivíduos influenciam e são influenciados por crenças e práticas sociais (Oliveira, 2004), integrando normas sociais e perspectivas individuais (Moscovici, 2012). Nesse sentido, Moscovici (1978) estudou a transição entre representações individuais e coletivas, descrevendo-as como “entidades” que circulam nos meios sociais. Por conseguinte, o estudo dessas representações ajuda a compreender o senso comum e a ação concreta dos indivíduos, enfatizando que as pessoas não apenas manipulam informações de forma aleatória.

INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, utilizou-se um formulário de dados sociodemográficos. Aplicou-se também uma entrevista gravada, com roteiro semiestruturado submetido a um pré-teste. A técnica da entrevista individual é um recurso valioso em pesquisas qualitativas, servindo como uma fonte complementar de informações. Pesquisadores qualitativos frequentemente utilizam questões abertas para permitir que os participantes expressem suas visões de forma clara e espontânea (Creswell, Creswell, , 2021).

Conforme pontua Manzini (2012), um planejamento adequado é essencial para o sucesso da pesquisa, incluindo a formulação de questões que atendam aos objetivos propostos, organizadas de maneira lógica e com um roteiro bem estruturado. A entrevista semiestruturada caracteriza-se por questionamentos básicos fundamentados em teorias e hipóteses relacionadas ao tema. O foco deve ser mantido pelo investigador durante a condução da entrevista (Minayo, 2014). Deste modo, as questões que orientaram a entrevista foram:

- ◆ Na sua opinião, o que é uma liderança eclesial bem-sucedida?
- ◆ Fale um pouco sobre as características da liderança nas igrejas nas quais você atua e como elas influenciam no crescimento e manutenção do número de membros.
- ◆ Entre os ministérios diversificados, a promoção da saúde exerce influência para o fortalecimento espiritual da igreja? Fale um pouco sobre isso.
- ◆ Você poderia mencionar exemplos ou situações em que as ações de promoção da saúde poderiam contribuir para atrair e manter novos membros?

COLETA DE DADOS

Os líderes eclesiais foram abordados em eventos administrativos realizados pela mantenedora em janeiro e março de 2020. Durante uma reunião plenária, foram convidados a participar da pesquisa, e aqueles que aceitaram seguiram para o local designado, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes preencheram um formulário com dados sociodemográficos, seguido por uma entrevista semiestruturada. Este formato, com uma sequência pré-estabelecida de questões relevantes, garantiu que os pontos de interesse do estudo fossem abordados. Por fim, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

O formulário coletou informações sobre idade, escolaridade, religião, tempo de ministério, estilo de liderança e a importância da promoção da saúde nas atividades ministeriais. Essas questões foram elaboradas pelos pesquisadores do projeto para caracterizar o perfil de liderança dos pastores (Figura 1). As entrevistas ocorreram em um local silencioso e reservado para manter a ética e a integridade do trabalho, sendo agendadas conforme a disponibilidade dos pastores interessados.

Ao coletar o material das entrevistas, é importante observar que, segundo Minayo (2017b), o pesquisador deve estar atento não apenas às questões do roteiro, mas também às entrelinhas das falas dos entrevistados. O entrevistado deve se expressar espontaneamente, permitindo ao pesquisador explorar detalhes e estruturas relevantes das experiências prévias.

ANÁLISE DOS DADOS

A metodologia de interpretação dos dados envolve a organização do material coletado para facilitar a análise. Após a transcrição das entrevistas, as respostas foram agrupadas para extrair um sentido comum, garantindo a cientificidade da pesquisa (Creswell, Creswell, 2021). A análise discursiva foi realizada com o auxílio do *software* DSCsoft2.0 (2020) e da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefèvre, Lefèvre, 2005; 2006), fundamentada na Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2012).

A abordagem qualitativa foi escolhida por seu caráter indutivo, mantendo a fidelidade ao cotidiano do universo pesquisado (Minayo, 2017b). O DSCsoft2.0 facilitou operações sobre os discursos coletados, permitindo que as questões orientadoras fossem intencionalmente construídas e previamente testadas (Lefèvre, Lefèvre, 2006). A técnica, aliada à TRS, conferiu rigor científico ao estudo.

Ao analisar as falas individuais, o pesquisador agrupa as expressões-chave (EC) em categorias, chamadas Ideia Central. A soma qualitativa dessas categorias resulta em um discurso único, redigido na primeira pessoa do singular, representando a opinião coletiva. Essas narrativas refletem como as representações sociais são formadas a partir do senso comum do grupo (Lefèvre, Lefèvre, 2014). A categorização,

que envolve nomear as IC, é uma atribuição do pesquisador, que interpreta e dá nome às categorias representativas das falas semelhantes. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2014), o pesquisador traz à tona as representações sociais presentes nos depoimentos coletivos, resultando em discursos que mesclam trechos de falas individuais, originando assim o Discurso do Sujeito Coletivo.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A bibliografia levantada baseia-se em artigos científicos e livros que abordam os diferentes estilos de liderança e suas aplicações – tanto no âmbito geral quanto na esfera eclesiástica – buscando conhecer sua influência nas ações de promoção da saúde. Trata-se de um tema complexo e não se pretende abordá-lo aqui em sua plenitude, e sim fazer um apanhado histórico, contextualizando o desenvolvimento das principais linhas teóricas para melhor compreensão da pesquisa em pauta.

CONTEXTO HISTÓRICO DA LIDERANÇA

A liderança é baseada em atitudes e habilidades que visam alcançar metas por meio de ações diretivas e envolvimento dos colaboradores (Maximiano, 2000). Nesse sentido, Covey (2002) enfatiza a combinação de sabedoria, compaixão e experiência prática, destacando que liderar envolve influenciar pessoas para alcançar objetivos comuns e produzir resultados com valor agregado. Os estilos de liderança são variados e influenciados pela cultura organizacional e pelo contexto sociotemporal (Machado *et al.*, 2016; Silva, Reis, 2016; Turano, Cavazotte, 2016; Schein, 1984; 2018; Silva, Amorim, 2019; Alcoforado, 2020).

Embora o termo liderança tenha sido formalizado posteriormente, já existia em tempos remotos, como exemplificado no diálogo entre Platão e Sócrates em *A República* (Platão, 2020), onde se discutem características do líder ideal. Séculos depois, Carlyle (1881) introduziu a Teoria do Grande Homem, defendendo que líderes nascem com atributos pessoais que moldam sua história, enfatizando características como carisma e inteligência. E por fim, Iodice (2021) apresentou um apanhado de líderes históricos, como Lincoln e Mandela, destacando a coragem como uma característica comum. Esses líderes influenciaram a vida das pessoas por suas personalidades e ideais. A liderança é, portanto, um processo de influência sobre um grupo, sendo as ações dos líderes fundamentais para a percepção e comportamento dos colaboradores (Fontenele, Rodrigues, 2017).

Fato é que, os princípios da liderança são fundamentais para o sucesso dos líderes, e os estilos devem se adaptar a diferentes organizações e situações (Amanchukwu *et al.*, 2015; Assis, 2015; Alcoforado *et al.*, 2020). Nesse viés, Barnard (1971) ressalta a importância do líder como canal de comunicação e tomador de decisões, essenciais

para coordenar atividades organizadas. De maneira complementar, Schultz (2016) enfatiza que um dos objetivos das organizações é utilizar o poder para atingir metas e influenciar decisões públicas.

Por conseguinte, Collins (2018) categoriza a liderança em cinco níveis: (1) Líder altamente capacitado, que agrega valor por meio de habilidades e conhecimentos; (2) Colaborador que cria um ambiente de equipe e contribui para atingir objetivos comuns; (3) Organizador eficaz de recursos e colaboradores, focado na realização de objetivos; (4) Líder que estimula a visão clara e o comprometimento dos membros da equipe; (5) Líder que combina humildade e força de vontade, alcançando a excelência profissional.

ESTILOS DE LIDERANÇA

As funções da liderança foram organizadas originalmente em três grupos: a Teoria dos Traços, a Comportamental e a Situacional (Cardoso; Amorim, 2011), abordadas sinteticamente quanto às suas contribuições posteriores. Seus desdobramentos evoluíram para as teorias que perduram e se mesclam até os dias atuais. Allport (1937) foi um dos pioneiros da Teoria dos Traços de Personalidade, sugerindo que líderes nascem com qualidades intrínsecas que os diferenciam. Essa abordagem privilegiava características como honestidade, autoconfiança e ambição, e afirmava que a liderança era inata, não aprendida (Robbins, 2009). No entanto, a teoria foi criticada, pois muitos líderes eficazes não possuíam os traços preconizados, levando à sua perda de relevância (Bergamini, 1994).

Estudos posteriores demonstraram que a liderança pode ser desenvolvida e adaptada ao longo do tempo (Chiavenato, 2006). Assim, a mudança de foco dos estudos levou ao surgimento das teorias comportamentais, que analisavam o que os líderes faziam em vez de quem eram, promovendo o desenvolvimento das habilidades de liderança (Tannenbaum *et al.*, 1970).

A teoria situacional, por sua vez, considera que o contexto influencia o comportamento do líder e que não há um estilo único adequado para todas as situações (Hersey; Blanchard, 1986). Esta teoria não estabelece uma conduta ideal, mas enfatiza a adaptação às necessidades da equipe (Chiavenato, 2014; Cardoso; Amorim, 2011). Na década de 1940, Lewin (1965) introduziu a teoria dos estilos de liderança, realizando experimentos para entender como as variáveis ambientais interagem com o comportamento humano. Ele classificou os estilos de liderança em tipos clássicos: (1) Democrático, que é o envolvimento dos colaboradores nas decisões; (2) Delegado pelo grupo, que pode ser subdividido em consultivo (decisão após consulta) e participativo (decisão coletiva); (3) Autocrático, que constitui-se na centralização do poder e pouca participação dos liderados, focando em tarefas; (4) O estilo liberal (*laissez-faire*), por sua vez, envolve a delegação de tarefas e liberdade para o grupo, funcionando melhor com equipes experientes. Todavia, no que diz respeito ao último

modelo, a liderança pode ser enfraquecida, caso os colaboradores precisarem de mais motivação no ambiente de trabalho. De todo modo, esses estilos de liderança continuam relevantes na discussão sobre a dinâmica da liderança moderna.

Ademais, Weber (2020) foi um dos principais estudiosos da liderança clássica, conhecido pela obra *A ética protestante e o espírito do capitalismo*, que foi publicada postumamente em 1920. Seus estudos influenciaram significativamente a compreensão da liderança, especialmente em um contexto industrial e globalizado. Com o avanço do tempo, novas abordagens surgiram, como a liderança transacional, carismática e transformacional. O cientista político Burns (1978) se dedicou a promover as teorias de Weber, destacando que líderes transacionais e transformacionais devem possuir uma moral elevada e um propósito superior. Em suma, esses estilos defendem princípios como honestidade, justiça, responsabilidade e compromisso (Burns, 2004).

Com isso, a liderança transacional se baseia na interação do líder com a equipe para alcançar objetivos. A influência do líder decorre de sua legitimidade, e ele é responsável por valorizar as capacidades individuais no desempenho das atividades. Quando necessário, o líder pode dispensar colaboradores cuja contribuição não é mais relevante (Calaça; Vizeu, 2015; Burns, 1978). Assim sendo, Bass *et al.* (2003) caracterizam a liderança transacional como uma troca, onde expectativas são estabelecidas e recompensas ou punições são aplicadas conforme o desempenho. Embora possa limitar a criatividade, a transação traz clareza nas tarefas e fornece *feedback* constante.

Por sua vez, a teoria da liderança carismática, inicialmente proposta por House (1976), foi expandida por Bass e Avolio (Gomes; Cruz, 2007). Essa teoria destaca que líderes carismáticos devem tornar suas visões atraentes para os liderados, o que se reflete na eficácia do envolvimento e aceitação por parte da equipe. Os líderes carismáticos devem possuir cinco características fundamentais: (1) confiança, (2) comunicação, (3) foco, (4) criatividade e (5) visão (Bass, 2008). Essas características ajudam a criar um ambiente motivador e a engajar os colaboradores na busca por objetivos comuns. A liderança carismática tem seu foco na influência de um grupo ou organização para tornar o mundo um lugar melhor para todos, enquanto na liderança transacional a ênfase está no desempenho do indivíduo e no gerenciamento de como ele atua (Bass *et al.*, 2003).

O carisma pode ser exercido pelo líder como um fascínio, mas é considerado um tipo de dominação. Esse aspecto foi explorado nas ciências sociais, em especial na sociologia da religião e na sociologia política. Nesse âmbito, a dominação carismática abrange três aspectos: dominador na posição de profeta, herói guerreiro ou demagogo (Cavalcanti, 2017).

Em vista disso, Weber (1979) categoriza o poder em três tipos: (1) legal, onde o direito é criado e modificado por meio de um estatuto e é sustentado pela burocracia; (2) tradicional, que se baseia na lealdade a um líder patriarcal; e (3) carismático, que depende das crenças e do reconhecimento de líderes inspiradores. Com isso, Fraga

(2013) destaca que muitos líderes manipulam esse poder, em suas variadas formas, para influenciar seus seguidores.

Sequencialmente, Cavalcanti (2017) enfatiza que a obediência dos liderados se deve à admiração pelas qualidades pessoais do líder, que nem sempre precisa de formação formal, mas sim de carisma. Weber (1979) também nomeia esses poderes como domínios pelo hábito, pela troca e pela crença. Sell (2018) diferencia o carisma puro do carisma institucionalizado, abordando seu caráter tanto legitimador quanto subversivo.

A liderança transformacional, conforme Bowers, Hall e Srinivasan (2017), foca em mudanças organizacionais e sociais, inspirando inovações e consensos durante crises. Assim, Barling, Slater e Kelloway (2000) afirmam que líderes transformacionais assumem a responsabilidade de serem agentes de mudança, envolvendo seus liderados em seu desenvolvimento pessoal.

Os líderes transformacionais se destacam por priorizar os objetivos do grupo em detrimento dos pessoais, demonstrando determinação e motivando suas equipes. Eles inovam, oferecem sugestões e reformulam problemas (Barbutto; Burbach, 2006). Essa abordagem estabelece uma relação afetiva entre líderes e liderados, alinhando metas individuais com as competências do grupo (Yukl, 1999; Abelha; Carneiro; Cavazotte, 2018).

Sendo assim, Yukl (1999) sugere que a liderança transformacional estimula a autoeficácia, enquanto Barbutto (2005) observa que os líderes sabem quando delegar tarefas conforme as habilidades de cada colaborador. Comparando com a liderança transacional, que é reativa e focada em recompensas e punições (Bass *et al.*, 2003; Rodrigues *et al.*, 2019), a liderança transformacional é proativa e visa o progresso do grupo.

No caso da liderança crítica, segundo Schmid (2006), esta requer aptidões de aprendizado contínuo, envolvendo a conquista dos liderados para que contribuam com suas habilidades em prol de um objetivo comum (Kim; Kim, 2017). Nesse sentido, Goleman (2015) diferencia QI (Quociente Intelectual) de QE (Quociente Emocional), enfatizando que líderes precisam conhecer suas emoções para se autoliderar, destacando a importância da inteligência emocional na interação com a equipe. Continuamente, Covey (2002) argumenta que liderar envolve realçar o potencial das pessoas, criando um ambiente de colaboração e resultados positivos. Por fim, Goleman (2015) salienta que um clima de otimismo e esperança promove motivação e criatividade entre os membros da equipe.

Assim, a complexidade da liderança é refletida nas mais de 130 definições e 5.000 pesquisas sobre o tema (Lacombe, 2007), ressaltando que, independentemente do modelo adotado, o líder é sempre um facilitador e influenciador no alcance de objetivos comuns (Bergamini, 2005; Robbins; Judge; Sobral, 2010; Fernandes; Siqueira; Vieira, 2014; Bianchi; Quishida; Foroni, 2017). Portanto, a importância do líder em engajar sua equipe e compreender as necessidades individuais é crucial, especialmente em

contextos religiosos ou corporativos, pois a motivação adequada leva os colaboradores a darem o melhor de si para alcançar as metas propostas (Hesketh; Costa, 1980).

LIDERANÇA ECLESIAÍSTICA

O terceiro setor, que abrange as organizações sem fins lucrativos, tem crescido exponencialmente ao longo das últimas décadas. As organizações religiosas também fazem parte desse setor. Muitas pessoas estão dispostas a doar seu dinheiro, sua energia e seu tempo em prol de um propósito significativo e que possa contribuir para transformar o mundo (Laloux, 2017). A administração das igrejas pressupõe uma liderança eclesial que enfrenta cotidianamente desafios, e a necessidade de atuação quanto à melhor maneira de liderar suas comunidades que, em sua grande maioria, são influenciadas pelas diretrizes apresentadas por seus líderes, manifesta-se em todas as denominações (Lumpkins *et al.*, 2013).

Nesse quesito, Silva (2020) aborda sobre a relevância desse papel e a importância de saber delegar. O autor considera que os líderes centralizadores não conseguem ir muito longe, e aponta o exemplo bíblico (Dt 34:10) de Moisés que recebeu do seu sogro Jetro, técnicas de liderança que até hoje são seguidas, como o coaching, a mentoria, a teoria da inteligência emocional e a liderança multiplicadora. Desde a antiguidade, os líderes religiosos andavam pelas ruas convocando as pessoas a mudar seu estilo de vida a fim de serem sal e luz (Am 5:14; Mt 5:13, 14) para as pessoas ao seu redor.

A partir de registros do Novo Testamento, Silva (2020) observa outros tipos de liderança que interagiam nas comunidades cristãs do primeiro século, as quais manifestavam certas ordens eclesialísticas. Assim, eles são mencionados de maneira genérica, como mestres, pastores, apóstolos, profetas (Ef 4:11-13), evangelistas, presbíteros, bispos e diáconos. Outras designações também eram usadas para se referir à liderança, como: “os que trabalham entre vós, e os que vos presidem no Senhor e vos admoestam” (1Ts 5:12), “o que preside” (Rm 12:8), “governos” (1Co 12:28), “e que se consagraram ao serviço dos santos” (1Co 16:15 e Hb 13:7-24).

Inserida no contexto do terceiro setor, a liderança eclesialística, possui relevância significativa na administração das comunidades religiosas e na promoção de mudanças sociais. O crescimento das organizações sem fins lucrativos – especialmente aquelas com caráter religioso, reflete a disposição das pessoas em se envolver em causas transformadoras (Laloux, 2017). Por consequência, os líderes enfrentam desafios diários que demandam atualização e adaptação às necessidades de suas comunidades. O exemplo bíblico de Moisés e Jetro ilustra como a delegação e a formação de equipes são essenciais para a eficácia da liderança, uma perspectiva reforçada por autores contemporâneos que destacam a importância de um estilo participativo (Silva, 2020; Lumpkins *et al.*, 2013).

Dessa forma, os líderes eclesiásticos devem incorporar qualidades como humildade, cortesia, integridade e a capacidade de servir, sendo considerados coobreiros com Cristo (White, 1985). Essa visão enfatiza a responsabilidade e o aprendizado contínuo, assim como a necessidade de um compromisso ético e emocional com seus liderados. Dentre os estilos de liderança presentes nas comunidades religiosas, destacam-se a liderança transformacional, transacional e servidora. A liderança transformacional é associada a pastores que buscam não apenas a eficácia organizacional, mas também o crescimento espiritual de seus seguidores, estimulando um ambiente de colaboração e desenvolvimento pessoal (Fernández, 2015).

Por sua vez, a liderança servidora, fundamentada em princípios de altruísmo e serviço, prioriza as necessidades dos liderados, criando um ambiente propício para o crescimento coletivo. Este estilo é especialmente valorizado nas tradições religiosas, onde o líder é visto como um servidor do seu rebanho (Page; Wong, 2000; Serrat, 2017). Além disso, a liderança eclesiástica desempenha um papel crucial na promoção da saúde e do bem-estar nas comunidades, utilizando sua posição de autoridade para disseminar informações e práticas benéficas aos membros. Como efeito, a participação ativa em serviços religiosos potencializa a influência desses líderes, permitindo que se tornem agentes de mudança e educação (Lumpkins *et al.*, 2013). Assim sendo, a capacitação contínua dos líderes eclesiásticos é imperativa, especialmente em um mundo em constante transformação. Essa formação deve incluir habilidades para lidar com questões sociais, comportamentais e de saúde que impactam a membresia (Machado, 2018; Bradley *et al.*, 2018).

Com isso, a liderança eclesiástica, com sua base enraizada em princípios espirituais e éticos, é uma força poderosa na promoção de mudanças positivas tanto no âmbito religioso quanto na sociedade em geral. A aplicação de diferentes estilos de liderança, combinada com uma abordagem colaborativa e participativa, pode resultar em comunidades mais coesas e engajadas, prontas para enfrentar os desafios do mundo contemporâneo, reafirmando sua importância em um contexto social dinâmico (Williams *et al.*, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 24 pastores, todos do sexo masculino, com idade média entre 30 e 49 anos (62,5%); todos com formação em nível superior (100%) e a maioria com pós-graduação (83,3%) e atuando no ministério entre 2 e 10 anos (36%). Segundo as respostas dos líderes, 80% se manifestaram como praticando o estilo de liderança democrática e 35% percebiam a promoção da Saúde como fator contribuinte para o crescimento sustentável do número de membros (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes

VARIÁVEL	n	%
Idade* (n 24)		
26–29	2	8,3
30–39	8	33,3
40–49	7	29,2
50–59	6	25
60–63	1	4,2
Sexo (n 24)		
Masculino	24	100
Feminino	0	0
Escolaridade (n 24)		
Graduação	24	100
Com pós-graduação	20	83,3
Tempo de Ministério** (n 22)		
2 a 10 anos	8	36,4
11 a 19 anos	5	22,7
20 a 29 anos	6	27,3
30 a 38 anos	3	13,6
Tempo na Função Atual*** (n 22)		
<1 ano	3	13,6
1 a 5 anos	18	81,8
6 a 9 anos	1	4,5

VARIÁVEL	n	%
Caracterização da Liderança (n 24)		
Pastor	22	91,7
Pastor Educação/Capelão	2	8,3
Tipo de Liderança (n 20)		
Consultora	2	10
Democrática	16	80
Participativa	1	5
Servidora	1	5
Promoção da Saúde como fator de crescimento do número de membros (n 20)		
Não é um fator	1	5
Pode ser um fator	3	15
Fator razoável	7	35
Fator contribuinte	7	35
Fator principal	2	10

* Média de idade 42,5 ±8,5 anos.

** Média de tempo no ministério 11,5 ±9 anos.

*** Menor tempo na função atual 3 meses, maior tempo 9 anos, tempo médio 1 ano e 3 meses.

Fonte: Dados da pesquisa, São Paulo [2021]

Um dos dados que chama a atenção neste estudo é que o segmento pesquisado só admite homens em seu ministério pastoral (Tabela 1). Em todas as esferas administrativas ainda existe certa discriminação sobre o fato de mulheres ocuparem cargos de liderança (Durham, 2016). Deste modo, a perspectiva de gênero, no contexto eclesial, conforme discutido por Ferrari (2017), revela que tanto homens quanto mulheres se percebem de forma igualitária em aspectos como personalidade, religiosidade e características de liderança. O autor destaca que, desde o ministério de Jesus, as mulheres têm um papel ativo nas atividades ministeriais, podendo falar em público e participar da oração e profecia, conforme as passagens de 1 Coríntios (14:34-35; 11:5,10).

De modo complementar, Pontes (2015) enfatiza a importância de discutir a contribuição das mulheres no ministério, especialmente na Igreja Assembleia de Deus, sugerindo que essa discussão deve ser aprofundada nas áreas de teologia e ética. Wentum (2020), por sua vez, investiga a liderança feminina nas igrejas protestantes de imigrantes africanos nos EUA, onde as mulheres ocupam uma proporção significativa de funções de liderança, superando a representatividade masculina (41% homens e 59% mulheres).

A pesquisa atual revela que 83% dos líderes eclesiais possuem pós-graduação, o que se alinha com o estudo de Machado e Burity (2014), que também identificou alto grau de instrução entre líderes de igrejas pentecostais no Brasil, embora não tenha especificado os níveis de escolaridade.

No que diz respeito ao estilo de liderança, os participantes da pesquisa se identificaram predominantemente com a liderança democrática. Fernandez (2015) nota que muitos pastores praticam um estilo de liderança transformacional, que é similar ao democrático. Nesse sentido, Bowers, Hall e Srinivasan (2017) argumentam que líderes com esse perfil são eficazes porque escutam seus liderados, buscam consenso e promovem um ambiente de estímulo mútuo.

Abelha, Carneiro e Cavazotte (2018) ressaltam que líderes transformacionais valorizam as competências individuais, promovendo o crescimento coletivo. Essas características são compartilhadas pelo estilo democrático, que prioriza a participação do grupo nas decisões e empodera tanto o líder quanto os seguidores (Chiavenato, 2006). Assim, a pesquisa aponta para uma liderança eclesial que é inclusiva, educada e caracterizada por estilos colaborativos, refletindo a diversidade e a importância da participação de ambos os sexos no ministério.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE LIDERANÇA ECLESIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conteúdo discursivo analisado consistiu nas respostas dadas às questões orientadoras da entrevista e respectivas ideias centrais que emergiram da análise das respostas.

Pergunta 1 – Na sua opinião, o que é uma liderança eclesial bem-sucedida?

ICA – É envolver as pessoas, interagir com elas permitindo alguma autonomia (6 EC)

DSC – Eu acredito que uma liderança eclesial bem-sucedida é aquela que você faz envolvendo pessoas com alguma capacidade de liderar e você interage com elas. A partir daí, vai se reunir com este corpo de líderes, planejar o que vai acontecer naquele período, e dar oportunidades para os liderados participarem das ações propostas. Essa liderança acontece quando líderes e liderados estão comprometidos com o mesmo objetivo. O líder compartilha as suas ideias, faz planos, recebe e aceita

sugestões dos seus liderados. Eu acho que um líder tem que ter duas características: ser autêntico e dar autonomia.

Os pastores entrevistados descrevem características de uma liderança bem-sucedida que estão alinhadas com a literatura existente, especialmente em relação à capacidade de influenciar as pessoas na busca de objetivos comuns e em inspirar confiança. Com isso, Lacombe (2007) ressalta que as atitudes e ações dos líderes têm um impacto significativo na percepção e no comportamento dos colaboradores.

Ademais, Fontenele e Rodrigues (2017) destacam a importância da influência interpessoal do líder, enfatizando que a participação dos liderados nas decisões e a comunicação eficaz, por meio de relações flexíveis e dialógicas, são fatores que promovem o bem-estar da equipe. Heward-Mills *et al.* (2018) complementam essa visão ao argumentar que líderes eclesiais eficazes exercem influência tanto no nível individual quanto no sociocultural, favorecendo, deste modo, a autonomia e o bem-estar de seus liderados.

Uma meta-análise realizada por Hoch *et al.* (2018), correlacionou aspectos da liderança servidora com características de líderes transformacionais e suas repercussões no desempenho. Apesar de algumas sobreposições conceituais, os autores concluíram que a liderança servidora se destaca por valorizar a dimensão moral e por influenciar os seguidores a exercerem suas atividades de forma mais autônoma. Isso indica que uma abordagem de liderança que combine esses elementos pode ser particularmente eficaz no contexto eclesial.

IC B – É viver de acordo com a missão e motivar a igreja a fazer o mesmo (11 EC)

DSC – Bom, na minha opinião, uma liderança eclesial promissora é quando ela está devidamente envolvida na missão, devidamente motivada, né? Os líderes entendem o chamado de Deus para a missão, entendem o seu propósito. E aí, eles vão motivar os outros irmãos para também viverem assim. É uma liderança participativa, que vai acreditar e investir nas pessoas para que elas se tornem mais parecidas com Cristo. Ela visa o crescimento espiritual e a interação entre os membros para o desempenho de atividades na igreja e junto à comunidade, a fim de que eles façam isso com alegria. Esse líder precisa ter experiência com Deus, ser positivo e precisa ter fé em Deus. Isso é importante. A liderança, para ser bem-sucedida, deve ser voltada para o alcance de novos membros e para a manutenção dos membros já existentes. Nesse processo, deve-se envolver as crianças, juvenis, adolescentes e jovens para que a igreja não dure apenas na nossa geração, mas que ela esteja preparada para durar na próxima. Ela segue as normas, principalmente do Manual da Igreja, né? O pastor deve conseguir desempenhar alguns papéis básicos, como, por exemplo: a visitação, tempo para sermão e a própria gestão familiar dele, que tem que ver também com a questão emocional. Então, é uma liderança que tem um bom relacionamento, tem coerência, e que vive aquilo que fala, né? Eu acho que é isso!

Silva (2014), discorrendo sobre a liderança, chama a atenção para o fato de que a mesma só se efetua quando existe um grupo ou comunidade para ser liderado em prol de uma causa e objetivos comuns. O DSC que compõe a IC B traz a fala dos líderes quanto à importância de se adotar uma liderança participativa. Nesse sentido, ressalta-se que o líder tem o compromisso de compartilhar com sua comunidade objetivos comuns, baseados em valores, para alcançar sucesso e ter maiores possibilidades de influenciar, inclusive nos projetos que visam à promoção da saúde (Clark, 2014; Kent *et al.*, 2016; Hester, 2021). Cabe ao líder, portanto, interagir com ações que estimulem seus liderados a participarem com entusiasmo e instigar o alcance dos objetivos (Maximiano, 2000).

IC C – É ter habilidade para inspirar e ensinar os membros a fazerem o trabalho de Deus (5 EC)

DSC – Acho que é a habilidade do líder de fazer as pessoas fazerem. É o fazer-fazer. Essa é a parte mais difícil e que traz melhor resultado efetivamente. Porque eu, como pastor, sei como dar um estudo bíblico, estudei para isso. Então, eu poderia pessoalmente ir lá e dar trinta estudos bíblicos e alcançar o alvo de batismos, só que isso não é liderar. Então, liderar é eu inspirar a igreja através do exemplo, ir junto. Então, para mim, a essência da liderança eclesial é fazer-fazer, é usar toda a habilidade e os talentos que Deus me deu para inspirar e ensinar os membros da igreja a fazerem o trabalho que Deus pediu para a igreja fazer. No meu ponto de vista, esse tipo de liderança é aquela em que o líder ou pastor tem a capacidade de envolver a sua comunidade e direcionar para o cumprimento de uma função, envolvendo a missão que é preparar as pessoas para o Reino da Glória. É quando a gente consegue ajudar as pessoas a entenderem o que elas precisam fazer e motivá-las a fazerem, tanto no cuidado de si mesmo como na igreja, enquanto corpo de Cristo.

A influência da liderança, na perspectiva dos participantes, preconiza a “habilidade do líder de fazer as pessoas fazerem. É o fazer-fazer” e, assim, “inspirar a Igreja através do exemplo”. Essa influência é muito forte e positiva, pois quando todos se sentem capazes e motivados, de imediato se tornam preparados para dar o seu melhor e conseguir atingir o objetivo proposto (Bellotti, 2017). Assim, o líder é capaz de motivar positivamente e, ao enaltecer as habilidades e as qualidades da equipe, seus membros se sentem capazes e aptos a executar com excelência a sua missão (Hesketh; Costa, 1980; Kim, Kim, 2017).

Essa influência pode ainda favorecer a interligação e conexão com o Divino, quando as pessoas se tornam capazes de projetar em si mesmas os benefícios da espiritualidade, na medida em que compreendem melhor as consequências dos seus atos e escolhas pessoais (Covey, 2002; Harmon *et al.*, 2018).

IC D – É desenvolver os aspectos relacionais e gerenciais (2 EC)

DSC – Eu acho que é a liderança na qual o líder apresenta um potencial de crescimento e de aprendizagem. Alguém com disponibilidade para poder se desenvolver e aperfeiçoar, desde aspectos relacionais aos aspectos de planejamento, de estratégia e de condução. É um líder que apresenta humildade para receber *feedbacks* e que possa crescer com eles, se adaptando às novas realidades. Para mim, o líder promissor é aquele que primeiramente sabe o seu papel e se coloca à disposição também para servir as pessoas. E então, o líder bem-sucedido sabe aonde quer chegar, ele tem alvos claros e também sabe suas metas e objetivos. Ele faz o seu melhor, não é? É isso! A liderança da minha igreja é formadora de opinião e colabora para trazer convidados.

Assim sendo, o líder com habilidades e características inerentes a sua função, como altruísmo, humildade, foco, criatividade e visão, destaca-se em seu desempenho. Quando ele desenvolve o seu potencial nos aspectos relacionais e de gerenciamento, ampliam-se as possibilidades para a expansão e sucesso no alcance da missão (Maximiano, 2000; Bass, B. M.; Bass, R. 2008; Luo; Zheng, 2018). O líder eficaz se esforça porque sabe que o desempenho no trabalho pode ser melhorado com estímulo à autoeficácia individual e assim, promove incentivos à sua equipe, podendo ainda se adaptar e aperfeiçoar, de acordo com as necessidades e o contexto (Yukl 1999; Chia-venato, 2006; Furtado, 2019).

O líder que “se coloca à disposição também para servir as pessoas” prima por elevar a motivação e melhorar o desempenho dos membros, apropria-se dos ideais, da necessidade de capacitação, forjando seu desempenho no padrão da qualidade total (Page; Wong, 2000; Ammons; Mclaughlin, 2017; Antunes, 2018).

Pergunta 2 – Fale um pouco sobre as características da liderança nas igrejas nas quais você atua e como elas influenciam no crescimento e manutenção do número de membros

IC A – Tem boa vontade, porém pouca criatividade (5 EC)

DSC – Temos uma liderança que não é completamente qualificada, né. Estão no processo. Eles fazem o trabalho da igreja com amor, é uma igreja muito acolhedora, então as pessoas se sentem muito bem, muito confortável através do que eles oferecem. Eu vejo que ainda estão mais focados em executar um roteiro que vem de cima para baixo. Eles usam muito pouco a criatividade, mas são bons líderes. Fazemos reuniões frequentes pra fazer avaliação daquilo que foi programado e planejado e, quando tem eventos da organização da igreja, eles também são convidados e motivados a participarem. Há um planejamento centralizado na direção administrativa da igreja na sede, né? Então, discutimos o que deve ser feito e eles vão para execução do programa do projeto direto com as pessoas que são simpatizantes da igreja. Isso cria uma aproximação. Vejo neles uma disposição muito grande para o trabalho tanto para o crescimento como para a manutenção dos membros. A gente sabe que a maior parte daqueles que vêm para a igreja são resultado de amizades e de influência desses líderes.

No que diz respeito a liderança eclesiástica, esta possui a responsabilidade de alcançar o sucesso nas organizações religiosas. As comunidades de fé são impactadas e muito influenciadas pelas diretrizes e planos anuais da liderança superior, em praticamente todas as denominações (Lumpkins *et al.*, 2013; Williams *et al.*, 2018). Com isso, para a manutenção e o crescimento espiritual da membresia, alguns programas se mantêm e são apoiados pelo carisma do líder (Rivera-Hernandez, 2015). O ambiente e o indivíduo estão a interagir e se transformam o tempo todo, por isso não podem ser vistos como duas realidades separadamente (Lewin, 1965; Lumpkins *et al.*, 2013).

IC B – Normalmente, não é comprometida com a missão (3 EC)

DSC – Eu vejo uma descontinuidade da linha eclesiástica, eles não se sentem parte daquele movimento. Parece que eles veem a igreja mais como um clube, não como instrumento apontado por Deus para salvação de pessoas. E como se fosse um clube, ele vai bater o cartão e volta pra casa. Então, como a igreja não vê o comprometimento dos líderes acaba não atuando como deveria. A gente trabalha muito com as questões internas. Eu acho que nesse aspecto a igreja deixa de trabalhar para os de fora, porque a igreja trabalha muito com a parte relacional de trabalhar egos do que para capacitar os demais líderes para o desenvolvimento da missão. Quando a liderança está baseada apenas em status é como se estivesse arrastando um defunto, uma igreja sem vida.

Para que o trabalho cristão mantenha seu comprometimento e eficácia, é fundamental que o líder seja atuante e presente, evitando que as atividades se tornem meras formalidades, desprovidas de envolvimento real. Os membros das comunidades de fé são diretamente influenciados por seus líderes religiosos, que, ao serem comprometidos, servem como exemplos a serem seguidos, impactando tanto positiva quanto negativamente os hábitos de saúde e outros aspectos da vida (Baruth *et al.*, 2015; Heward-Mills *et al.*, 2018).

Além disso, uma liderança eficaz requer o conhecimento da equipe e dos recursos disponíveis para alcançar o sucesso. Embora o conhecimento e a ciência fortaleçam o líder, são a empatia, o amor e a compaixão que ajudam a superar desafios e a criar um ambiente positivo (Lanzi *et al.*, 2019; Maxwell *et al.*, 2019).

IC C – Os líderes antigos nem sempre dão oportunidade aos mais novos (1 EC)

DSC – Eu percebo assim, há um grupo de irmãos que está na liderança há bastante tempo e eles de certo modo estão no ritmo de manter a igreja. E manter o programa, manter a liturgia. Esse é um grupo que é dos mais antigos. Eu tenho também uma metade da igreja que é uma liderança nova que, assim, tem motivação, mas não sabe o que fazer. Acontece que os antigos não aceitam as ideias dos novos e os novos não sabem como fazer as coisas, resultado, atualmente as minhas igrejas elas estão patinando, não estão avançando. Atualmente, está assim. É uma luta, é uma luta. Porque, por exemplo, você batiza um grupo de pessoas e aí chega uma hora em que a igreja vai ter os novos e os antigos. E os novos eles precisam ser ensinados, tem

que treinar, e aí leva um tempo. Então, esse é o tempo que eu peguei, daí eu tenho um monte de gente nova que não sabe fazer.

Para alguns estudiosos, faz-se necessário que o líder entenda como capitalizar os pontos fortes de cada um, a fim de envolvê-los em ações voltadas a reconhecer e promover as habilidades deles, de modo a alcançar o envolvimento de todos (Maximiano, 2000; Baruth *et al.*, 2015). Preconiza-se que a comunicação seja clara, reconhecendo as capacidades e o valor de cada pessoa da equipe. Nesse sentido, um líder eficaz propõe a combinação entre sabedoria, compaixão e experiência para maior interação da equipe. Assim, o esforço coletivo se torna prioridade, sendo imprescindível que os estilos de liderança e habilidades da equipe sejam ajustados a cada situação visando, prioritariamente, ao bem comum (Covey, 2002; Amanchukwu; Stanley; Ololube, 2015; Assis, 2015).

IC D – O líder inspira seus liderados para o desenvolvimento da missão (9 EC)

DSC – Há muito a se discutir no papel dos líderes na manutenção dos membros de uma igreja ou então num batismo de uma escola. Primeiro, a unidade é tudo, né? Quando a igreja é unida com a liderança, as coisas acontecem. Quando um grupo de líderes aceita sentar-se junto para planejar com seu pastor para ver onde a igreja pode atuar, eles entendem melhor o seu papel e conseguem seguir em frente. Daí, eu penso que o líder deve ser uma peça maior que gira peças menores. Então, tanto na igreja como na escola o papel do líder é importante, no sentido de inspirar aqueles que irão ter contato com outros. O líder faz discípulos e estes por sua vez também farão discípulos e assim cada vez um número maior, mais unido, principalmente dentro da igreja.

Acho que o líder tem que ter um senso de missão, ser uma liderança de exemplo, uma liderança que tenha sabedoria nas palavras, né? Uma liderança de consagração e comunhão, e, com isso, o Espírito Santo trabalha, né? O maior desafio como Pastor é quebrar alguns paradigmas da liderança centralizadora. Procuo sempre levar pelo lado democrático. Eu vejo que geralmente o líder que mais influência não é aquele que tem a opinião mais forte e tal, mas é aquele que se relaciona melhor com os irmãos, que se envolve com as famílias, com as redes; então ele consegue influenciar bastante. Se o pastor trás para junto de si todos os liderados e proporciona condições para que outros líderes na sua esfera de ação atuem com liberdade, então, haverá uma edificação consistente, mas dentro deste princípio.

As pessoas precisam ser motivadas e uma das principais motivações é elas se sentirem amadas. E, então, a gente precisa de em todo o tempo estar imitando Jesus para que eles também possam estar imitando Cristo Jesus também. Penso isso!

A missão de líderes eclesiais diante do ser humano é de grande responsabilidade, pois impõe que seus hábitos e atitudes sejam repensados para que a comunidade de fé funcione como rede de apoio para a integração social na comunidade (Wang *et al.*, 2020; Yeary *et al.*, 2020). Afinal de contas, o líder deve inspirar e influenciar a comunidade para que as ações consigam alcançar os objetivos comuns

(Bergamini, 2005; Fernandes; Siqueira; Vieira, 2014; Robbins; Judge; Sobral, 2010; Bianchi; Quishida; Foroni, 2017). Para se obter a participação e o envolvimento de todos, o líder ao delegar autoridade dá liberdade e autonomia, mantendo seu foco nas relações e no ser humano e colocando as necessidades dos seus liderados em primeiro lugar (Chiavenato, 2006; Bellotti, 2017).

IC E – A liderança eficaz é formadora de opinião (6 EC)

DSC – Então, eu tenho uma igreja com bons líderes, né? São bem participativos, são bem democráticos e são visitantes. Eles gostam de ajudar e isso contribui tanto para o crescimento como para a manutenção do número de membros. Acho que sempre tem algo para crescer, claro.

Esses líderes são missionários e estão bem comprometidos. Eles são pessoas que fazem a diferença. Os anciãos, os músicos, eles têm sido pessoas solícitas. Isso tem ajudado, colaborado nos projetos, nos eventos. Eles auxiliam nos encontros de casa e outros eventos, eles têm respondido bem. Isso tem me deixado feliz. Eu vejo a minha liderança bem comprometida. Claro que tem os desafios como tem em qualquer igreja, mas é uma igreja que trabalha, não dá trabalho.

Trabalhamos com pessoas muito diferentes umas das outras e a igreja se beneficia, aproveitando essas diferenças, características distintas e aproveitando para convergir todas as energias para alcançar novas pessoas.

A maior parte da liderança da minha igreja é formadora de opinião. Eles ajudam a gente a manter o nível para ter bons programas, boas palestras. Assim, é uma igreja que visa trazer esse crescimento, e nesse sentido a gente acaba atraindo muita gente. Sempre vai ter alguém de renome para falar determinados assuntos. Então, essa minha liderança ajuda muito no crescimento e na manutenção dos membros também.

A liderança é um processo relacional, que por meio de uma interação dinâmica entre líderes e seguidores exerce sua influência, buscando alcançar objetivos e metas específicas para promover transformação no contexto social. O líder envolve e motiva a sua equipe quando propicia um clima de esperança e de otimismo, gerando, desta forma, maior criatividade e proatividade (Turano; Cavazotte, 2016).

Ademais, as emoções representam um papel determinante no desenvolvimento humano e ajudam a gerar um melhor desempenho nas atividades, além de se disseminarem rapidamente, contagiando todo o ambiente e, quando todos estão envolvidos empenhados por algo maior, visando alcançar a meta proposta, todos são beneficiados e saem ganhando (Goleman, 2015).

Pergunta 3 – Entre os ministérios diversificados, a promoção da saúde exerce influência para o fortalecimento espiritual da igreja? Fale um pouco sobre isso.

IC A – Os princípios de saúde estão ligados à espiritualidade (6 EC)

DSC – A saúde e o fortalecimento espiritual estão ligados de maneira muito direta, porque os princípios de saúde estão relacionados à espiritualidade. Neste sentido, nós realizamos feiras de saúde nas comunidades, uma maneira de você levar essas pessoas a uma condição melhor de vida. Todas essas ações trabalham para o fortalecimento espiritual da igreja, porque uma pessoa que cuida da saúde tem mais controle dele mesmo e mais controle dele com o grupo, né? Menos médico, menos medicamentos. A gente fala de Deus e as pessoas são despertadas a se aproximar mais, a ter comunhão, visitar a igreja. Aí a gente apresenta esses princípios de saúde e elas começam a criar um estilo de vida. O evangelho não é algo limitado: envolve o ser inteiro, o ser humano é indivisível. Às vezes, nós focamos só na questão física, mas tem muita gente destruída na questão emocional, com depressão, síndrome do pânico etc. Eu penso na saúde holística. Sobre ações de promoção da saúde na igreja, eu acredito que nós estamos engatinhando nisso daí.

Estudos demonstram que líderes religiosos são capazes de influenciar a comunidade em todos os níveis, além do próprio campo espiritual (Baruth *et al.*, 2015; Rivera-Hernandez, 2015; Jang *et al.*, 2017; Maynard, 2017; Pinsker *et al.*, 2017; Harmon *et al.*, 2018; Heward-Mills *et al.*, 2018; Williams *et al.*, 2018; Agyemang *et al.*, 2018; Stewart; Hong; Powell, 2019; Maxwell *et al.*, 2019; Tomalin; Sadgrove; Summers, 2019). Explicitam em seus construtos a necessidade da implantação de rotinas e ações programadas de promoção da saúde. Assim, os autores, de maneiras diversas, consideram que essas ações podem contribuir para proporcionar melhor qualidade de vida, favorecendo melhores condições de saúde física e mental.

Dentre as ações realizadas em comunidades de fé, Agyemang *et al.* (2018) mencionam, em seu estudo, que foram colocadas tendas oferecendo gratuitamente exames de saúde, tais como aferição do nível de glicose, da pressão arterial, dados antropométricos e oficinas com diversas atividades, no intuito de fornecer às pessoas ferramentas que as estimulassem a mudar os comportamentos prejudiciais à saúde.

IC B – A promoção da saúde abre portas para o evangelismo (7 EC)

DSC – A promoção da saúde é um ponto para reduzir preconceitos e levar o aspecto evangelístico, né? Sempre usei a saúde como uma ferramenta para abrir portas para fazer evangelismo. Nós precisamos ser propagadores da mensagem da saúde e dar testemunho. Então, a gente trabalha com o objetivo de melhorar a saúde, mas o foco é o evangelístico. Nós incentivamos o uso dos Oito Remédios Naturais, a gente tem procurado dar uma ênfase nesse ponto aí. Nas feiras de saúde, nós temos oportunidade para contato com novas pessoas. Eu acho a resposta bem positiva. Então, eu acho importantíssimo nós falarmos sobre saúde, porque a saúde tem uma ligação tremenda com a espiritualidade.

A liderança tem a capacidade de influenciar a membresia com mensagens que abordam as questões de saúde. Elas são de grande valia, visto que representam apoio para os membros, sendo capazes de proporcionar mudanças comportamentais por

meio de incentivos que ajudam a melhorar a qualidade de vida (Yukl, 1999; Baruth *et al.*, 2015). A partir desses elementos, alguns estudos apontam lideranças eclesiais que buscaram dar suporte à área da saúde integral, contribuindo para promoção do bem-estar social, emocional e físico, bem como para o fortalecimento espiritual dos congregantes (Baruth *et al.*, 2015; Rivera-Hernandez, 2015; Stacciarini *et al.*, 2016; Williams *et al.*, 2018; Lanzi *et al.*, 2019; Maxwell *et al.*, 2019).

IC C – A força da promoção da saúde está adormecida (6 EC)

DSC – Eu acho que a força da promoção da saúde nas igrejas está adormecida já há muito tempo. Então, a gente tem a consciência de que essa influência existe, mas nós não experimentamos. Tanto é que se você observar a influência que o mundo *fitness* faz na vida das pessoas, no estilo de vida, é muito grande. E por que a igreja não pode utilizar isso? Por que a igreja não sente esse potencial? Mas, eu acredito que qualquer ação em promoção da saúde feita pela igreja e que, de fato, beneficia a comunidade é impossível que ela não tenha resultado. Hoje em dia, muita gente está buscando um corpo saudável, a gente vê gente se exercitando; então tem muito interesse nessa área. Então, se a igreja souber usar bem isso pode atrair pessoas pro reino de Deus. Eu acho que o impacto diante do que poderia ser é muito pontual. Hoje, o que a gente fala de saúde ainda é muito pouco diante do que poderia ser abordado. Isto é, nós pregamos que o homem é ser holístico, mas nós subdividimos isto. Enquanto você está bem com Deus, nas outras áreas... Às vezes, a gente deixa por exemplo de fazer uma caminhada, uma corrida, uma academia, o que seja... Enfim, a igreja poderia influenciar muito mais! Então, a promoção da saúde deveria exercer influência para o fortalecimento espiritual da igreja, mas não acho que ela exerce. Olha, nas minhas igrejas ainda não temos atividades de promoção da saúde, pois não adianta você ser vegetariano e morar no centro de uma cidade, respirando o pior ar, tomando a pior água, né?

As ações efetivas do pastor são cruciais para incentivar a participação dos membros nas intervenções de promoção da saúde. A influência do líder pode aumentar a disposição das pessoas a se engajar em programas relacionados à saúde, e a congruência entre discurso e prática é fundamental para a eficácia dessas iniciativas. Desta maneira, a visão da liderança sobre saúde determina a operacionalização e o sucesso das ações (Walker, 2003; World Health Organization, 2014; Williams *et al.*, 2018). A legitimidade do líder é um fator-chave que molda seu impacto sobre o comportamento da equipe (Calça; Vizeu, 2015).

Estudos mostram que a participação dos líderes no planejamento e na implementação de programas de saúde reforça sua considerável influência nas comunidades de fé. O engajamento da liderança em ações voltadas ao bem-estar e à saúde é frequentemente reconhecido pelos membros, destacando a importância desse apoio nas iniciativas (Baruth *et al.*, 2015; Rivera-Hernandez, 2015; Jang *et al.*, 2017; Maynard, 2017; Pinsker *et al.*, 2017; Schoenberg; Swanson, 2017; Harmon *et al.*, 2018;

Heward-Mills *et al.*, 2018; Williams *et al.*, 2018; Agyemang *et al.*, 2018; Stewart; Hong; Powell, 2019; Maxwell *et al.*, 2019; Tomalin; Sadgrove; Summers, 2019).

IC D – A igreja carece de pessoas equilibradas para promover a saúde (5 EC)

DSC – O grande problema é o seguinte: se o ministério da saúde for apresentado de uma maneira saudável, ele é muito bom. Só que nós temos carência de gente equilibrada na igreja. E aí, o que que acontece: você tem um grupo extremista que atrapalha o ministério da saúde, porque ele espanta. E, do outro lado, tem um grupo menor, mas que também atrapalha: é o grupo dos que rejeitam os ensinamentos de saúde, assim, não quer saber.

Para mim, a maioria das pessoas, elas não estão seguindo um estilo de vida saudável, conforme a gente tem na revelação, porque falta referência equilibrada. Agora, quando você tem uma pessoa equilibrada na igreja, ela vai falar de saúde de uma maneira discreta. Ela vai exaltar os pontos positivos, as vantagens, ela também vai dar exemplos de como fazer isso, e aí quem quiser vai abraçar. Então, o ministério da saúde é muitíssimo importante para a igreja, desde que ele esteja vinculado com a justificação pela fé. Porque o que nós temos visto muito é o ministério da saúde ligado com a salvação pelas obras. Existem muitas pessoas que pensam que estão sendo salvas “pela soja”, mas não por terem feito uma reforma de saúde. Olha, é problemático, porque as pessoas começam se achar mais santas do que as outras. O ministério da saúde da igreja, quando bem exercido, traz vigor espiritual. Eu acho que falta treinamento e amadurecimento. Então, esse departamento de saúde pode ser prejudicial quando se trata de extremos.

Para liderar pessoas, faz-se necessário conhecer profundamente as próprias emoções e liderar a si mesmo. Os sentimentos dos outros precisariam ser identificados e compreendidos para que seja possível interagir da melhor maneira com os liderados (Goleman, 2012; 2015; Santos; Carvalho, 2019). Para tanto, é indispensável o treinamento e capacitação dos líderes eclesiais para que saibam como tratar as questões que afetam a membresia, incluindo aspectos referentes à saúde (Machado, 2018; Bradley *et al.*, 2018; Lanzi *et al.*, 2019; Wiginton; King; Fuller, 2019; Robin *et al.* 2019). Nesse sentido, a religião e a espiritualidade são chaves para abrir portas, com estratégias para a promoção de ações do cuidado com a saúde física e espiritual a fim de garantir uma saúde plena (Yeary *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020).

Pergunta 4 – Você poderia mencionar exemplos ou situações em que as ações de promoção da saúde poderiam contribuir para atrair e manter novos membros?

IC A – Feiras de saúde e outras atividades educativas atraem a comunidade (19 EC)

DSC – São inúmeras as situações. Olha, realizar feiras de saúde, depois oferecer cursos de culinária, de panificação e outros cursos para a comunidade, eles ajudam pessoas a participar deste tipo de eventos e passar a ter interesse espiritual. Muitas

vezes pessoas que vêm para a feira são conhecidas dos irmãos da igreja e essa aproximação facilita o trabalho voltado para as atividades espirituais e para o conhecimento das doutrinas bíblicas. Na nossa igreja temos entre os membros muitos que são da área da saúde. Então eu conto muito com a ajuda deles pra poder fazer este *link*, né?

Em uma feira de saúde que realizamos dentro do condomínio e as portas foram abertas tivemos ali aproximadamente uns 40 interessados. Eu tenho uma experiência de uma feira de saúde na Igreja de Pinheiros. Lá, a prefeitura promovia um evento grande no bairro para comemorar o aniversário de Pinheiros, onde havia muitas atividades e a igreja tinha permissão para fazer o circuito de saúde e muitas pessoas ficavam conhecendo os Oito Remédios Naturais.

Recentemente, realizamos uma feira de saúde em um bairro carente, e com este projeto a gente conseguiu alcançar uma família que tinha perdido até mesmo os seus filhos para o conselho tutelar pela condição péssima da casa e porque o pai estava voltado para o uso de droga, ele não estava trabalhando. A esposa também não trabalhava. Então, a igreja se envolveu especialmente com essa família. O cidadão parou de usar drogas, passou a estudar a Bíblia e voltou a trabalhar de pedreiro. E ele utilizou o material que foi doado para melhoria da casa, e, então, teve as crianças devolvidas.

No ano passado, nós promovemos um curso de como deixar de fumar e eu convidei um vizinho meu. Ele frequentou o curso e parou de fumar. Hoje, ele vê a Igreja com outros olhos. Eu acho que essas ações poderiam ser fortificadas na igreja.

Tivemos um trabalho desenvolvido por médicos e enfermeiros com grupos sobre a obesidade e hipertensão. Os médicos faziam reuniões uma vez por semana e alguns desses convidados passaram a fazer parte dos membros da igreja. Recentemente, eu mobilizei os jovens para um movimento chamado Calebe e, como resultado, muitos aceitaram estudos bíblicos e alguns deles se batizaram.

Agora no final do ano, fizemos com as crianças um curso só de bolachas integrais. Então, eles vão lá, aprendem, isto, aquilo. Tem um Clube de Desbravadores, eles fazem atividades com crianças, então chamamos as crianças, porque pra crianças não tem a barreira da filosofia. Então é mais fácil e os pais ficaram em uma outra palestra, foi bom. Esse trabalho sempre dá frutos, né? Então, que creio que estes são alguns dos exemplos usados que têm sido muito úteis.

Os líderes entrevistados destacaram que as Feiras de Saúde e outras atividades têm um grande potencial para atrair novos membros. Desta maneira, o papel do pastor, como líder religioso, é fundamental na facilitação de mudanças sociais e comportamentais, influenciando tanto os membros da congregação quanto visitantes externos. A liderança eclesial utiliza sua posição e credibilidade para orientar os congregantes sobre como melhorar a qualidade de vida e promover práticas saudáveis (Lumpkins *et al.*, 2013; Williams *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que as Igrejas de médio e grande porte costumam realizar diversas atividades de promoção da saúde, pois dispõem de mais recursos. No entanto, os líderes religiosos frequentemente carecem de apoio, parcerias e recursos financeiros para expandir essas iniciativas. Parcerias com instituições privadas e públicas, além

do suporte dos líderes, são essenciais para angariar os recursos necessários para implementar programas de saúde nas comunidades, uma vez que a falta de recursos torna o trabalho mais desafiador (Rivera-Hernandez, 2015; Williams *et al.*, 2018; He-ward-Mills *et al.*, 2018; Maxwell *et al.*, 2019).

Por fim, Agyemang *et al.* (2018) ressaltam que os membros da comunidade de fé reconhecem a influência positiva e as ações dos líderes religiosos. As palavras do líder são frequentemente consideradas transformadoras, pois são ouvidas com respeito, podendo ter um impacto maior do que o de alguns profissionais de saúde.

IC B – Evangelismo domiciliar colabora para mudanças no estilo de vida (3 EC)

DSC – Eu vou citar o caso de um senhor que acompanhava a igreja há quarenta anos e não se batizava porque não conseguia deixar de fumar. Eu estava fazendo uma tenda evangelística e ele foi assistir às reuniões e me falou que gostaria de ser batizado, mas que não conseguia deixar o hábito. Eu o visitei em sua casa e dei estudos bíblicos. Quando se aproximou a data do batismo, a esposa dele e seu filho tinham se decidido e ele não, porque ainda fumava.

Daí, na véspera do batismo da esposa e do filhinho, ele me chamou em sua casa e me falou da sua angústia por não poder se batizar porque não conseguia deixar de fumar. Eu pedi sua carteira de cigarro e ele disse que não daria de jeito nenhum. Então, eu orei com ele, lemos algumas passagens bíblicas e quando eu já estava de saída ele me perguntou o que eu estava disposto a fazer por ele. Por inspiração do Espírito Santo eu disse que, por ele, eu estava disposto a entrar no fogo. Ele me abraçou chorando, botou a mão no bolso e me entregou sua carteira de cigarro. Resumindo, ele foi batizado e nunca mais voltou a fumar. Eu entendo que, dentro da igreja, a gente encontra pessoas que foram curadas e, também, pessoas que estão vivendo uma qualidade de vida melhor pelo fato de ter valorizado aquilo que aprenderam no fator da saúde.

A influência de líderes religiosos como agentes sociais para a educação e a promoção da saúde e seu interesse no aprofundamento das questões que envolvem a comunidade é determinante, inclusive no apoio aos programas que atendem aqueles que buscam se livrar de vários vícios, como o tabagismo, alcoolismo e uso de opioides ou até mesmo para melhorar a saúde mental (Rivera-Hernandez, 2015; Cohen-Dar; Obeid, 2017). Esse DSC é um exemplo de liderança carismática, que tem seu foco na influência de um grupo ou organização para tornar o mundo um lugar melhor para todos (Bass *et al.*, 2003).

IC C – Realizar feiras de saúde ajuda manter os membros envolvidos (1 EC)

DSC – Eu acredito que as ações de saúde têm mais uma característica de manter: são mais pra manter do que alcançar os novos. É o que mais tenho visto e vivido. Por exemplo, as feiras de saúde ajudam os membros a terem um estilo de vida saudável, mas não tem sido utilizado para alcançar novos membros, porque, assim, a igreja precisa estar organizada para atuar nos pós-feiras. Hoje, no Brasil, nós temos uma

situação que é a seguinte: muita gente sabe fazer a feira, mas não sabe o que fazer depois. A questão é que não existe, ainda, na prática ações pós-feira bem firmadas. Então, o que que os membros fazem? Eles fazem só a feira e não fazem o acompanhamento, isso é uma pena. Então, eu acho que pra alcançar os novos, nós precisaríamos ter um trabalho intenso com a membresia.

Williams *et al.*, (2018) defendem a ideia de que o pastor ou líder religioso deve interagir com membros e visitantes com o intuito de favorecer e motivar mudanças sociais e de comportamento. As comunidades religiosas estão posicionadas como locais apropriados para oferecer programas de saúde e qualidade de vida. Por isso, Baruth *et al.* (2015) reconhecem que o alcance dos líderes religiosos é imenso para o desenvolvimento e implementação de programas na área de promoção da saúde com o apoio desses líderes.

IC D – Liderança desequilibrada pode afastar os membros 2 EC)

DSC – Eu acho que uma coisa que falta é a tal da integralidade, porque muitas vezes as ações são desconexas, entre os profissionais de saúde, entre o pastor e as lideranças. Porque às vezes se fazem várias ações, mas muitas vezes elas não estão falando a mesma língua. Nós temos um caminho longo aí para se percorrer. Com relação a manter os novos membros, a reforma de saúde ela pode sim auxiliar para que novos membros sejam mantidos, mas também ela tem aspectos muito negativos, em si mesma e ela pode afastar, pode repelir novos membros. Então, é preciso que haja um equilíbrio e a igreja seja saudável, a sua liderança saudável, com relação à reforma de saúde.

Agora, quanto à manutenção, depende do grau de equilíbrio da igreja, eu já fui pastor em igrejas onde a reforma de saúde repeliu as pessoas, mas isto é uma minoria e é somente quando existe algum tipo de desequilíbrio.

Os estilos de liderança podem ser variados, mas todos devem atender às necessidades da organização a que se filiam, pois dependem da cultura organizacional e do contexto sociotemporal (Machado; Maranhão; Pereira, 2016; Silva; Reis, 2016; Turano; Cavazotte, 2016; Silva; Amorim, 2019). Nesse sentido, White (2002) apresenta as principais qualidades que o líder deve ter: amabilidade, cortesia, mansidão e a humildade.

CONCLUSÃO

A análise dos discursos dos líderes religiosos revela uma predominância de estilos de liderança democrática e participativa, que são vistos como mais eficazes para atrair e manter novos membros. Os pastores reconhecem que é fundamental o envolvimento e a interação com a equipe de apoio, dando autonomia e motivação para a realização das atividades planejadas.

Os desafios enfrentados para uma liderança bem-sucedida incluem a necessidade de fortalecer as relações internas e lidar com padrões tradicionais que podem

dificultar a integração de novos membros. Em vez de uma abordagem autoritária, os líderes enfatizam a importância de construir parcerias e motivar através do amor, seguindo o exemplo de Jesus.

Além disso, muitos pastores acreditam que uma liderança eficaz deve ser formadora de opinião, capaz de promover programas que cuidem da saúde espiritual da congregação. Eles destacam que as ações de promoção da saúde estão intimamente ligadas à espiritualidade, funcionando como uma porta de entrada para o evangelismo e o fortalecimento da fé.

Embora os pastores estejam comprometidos em promover ações que fortaleçam a saúde integral da membresia, nem todos estão ativamente engajados em programas relacionados à saúde. Um dos principais obstáculos é a necessidade de romper com paradigmas de liderança centralizadora e incentivar o trabalho em equipe nos ministérios de saúde, que atuam em diversas dimensões da saúde.

Deste modo, as ações de promoção da saúde, como feiras e palestras, são vistas como eficazes para atrair novos membros e influenciar positivamente a comunidade. No entanto, alguns líderes mencionam que falta treinamento e organização para maximizar o impacto dessas iniciativas.

Em síntese, o estudo revela que diferentes estilos de liderança impactam diretamente na promoção da saúde e no crescimento da membresia. A liderança democrática e participativa, aliada a um perfil servidor, é considerada mais promissora. Além disso, a construção de um ambiente acolhedor e amoroso é fundamental para a retenção e o engajamento dos membros. Com isso, observa-se a necessidade de um aprofundamento nos estilos de liderança mais adequados à realidade das comunidades de fé, buscando estratégias que melhorem a promoção da saúde e fortaleçam a espiritualidade dos congregantes.

REFERÊNCIAS

ABELHA, D. M.; CARNEIRO, P. C. C.; CAVAZOTTE, F. S. C. N. Liderança transformacional e satisfação no trabalho: avaliando a influência de fatores do contexto organizacional e características individuais. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 20, n. 4, p. 516–532, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v0i0.3949>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

AGYEMANG, C.; MEEKS, K.; BOATENG, R.; BEUNE, E. Your health is your wealth: faith-based community action on the health of African migrant communities in Amsterdam. **Journal of Epidemiol Community Health**, v. 72, n. 5, p. 409–412, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209130>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

ALCOFORADO, D.; FARIAS, M.; ANDRADE, J.; SOUSA JÚNIOR, J. A produção científica sobre cultura organizacional no contexto brasileiro: uma revisão integrativa

de literatura. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 21, n. 1, p. 43–63, 2020. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/QUALITAS/article/view/2593>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

ALLPORT, G. W. ALLPORT, G. W. **Personality: a psychological interpretation**. New York: Holt, 1937.

AMANCHUKWU, R. N.; STANLEY, G. J.; E OLOLUBE, P. N. A Review of Leadership Theories, Principles and Styles and Their Relevance to Educational Management. **Management**, v. 5, n. 1, p. 6–14, 2015. Disponível em: <http://article.sapub.org/10.5923.j.mm.20150501.02.html>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

AMMONS, D. N.; MCLAUGHLIN, T. C. Discovering Servant Leader Relations with New Followers in Nonprofit Organizations: Does a Servant Leader Always Serve First? **Open Journal of Leadership**, v. 6, p. 34–60, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4236/ojl.2017.62003>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

ANTUNES, A. M. P. Liderança servidora: evidências práticas em estudos de caso. **Gestão e Desenvolvimento**, v. 26, p. 77–103, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.1999.656>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

ASSIS, V. M. Liderando com inteligência: a importância da inteligência emocional no exercício da liderança. In: **XI Congresso Nacional de Excelência em Gestão**. 2015.

BARBUTO, J. E. Jr.; BURBACH, M. E. The emotional intelligence of transformational leaders: A field study of elected officials. **Journal of Social Psychology**, v. 146, n. 1, p. 51–64, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.51-64>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

BARBUTO, J. E. Jr. Motivation and Transactional, Charismatic, and Transformational Leadership: A Test of Antecedents. **Journal of Leadership and Organizational Studies**, v. 11, n. 4, p. 26–40, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/107179190501100403>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

BARLING, J.; SLATER F., KELLOWAY E. K. Transformational leadership and emotional intelligence: An exploratory study. **Leadership & Organization Development Journal**, v. 21, p. 157–161, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/01437730010325040>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

BARNARD, C. I. **The functions of the executive**. 30ª ed. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

BARUTH, M.; BOPP, M.; WEBB, B. L.; PETERSON, J. A. The Role and Influence of Faith Leaders on Health-Related Issues and Programs in their Congregation. **Journal**

of Religion and Health, v. 54, n. 5, p. 1747–1759, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9924-1>. Acesso em 17 de outubro de 2024.

BASS, B. M.; AVOLIO, B. J. **Improving organizational effectiveness through transformational leadership**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=_z3_BOVYK-IC&pg=PA9&lpg=PA9&dq=%22Bass,+B.+M.+#v=onepage&q=%22Bass+%2C%20B.%20M.&f=false. Acessado em 4 junho de 2021.

BASS, B. M.; AVOLIO, B.; JUNG, D. I.; BERSON, Y. Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. **Journal of Applied Psychology**, v. 88, n. 2, p. 207–218, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.2.207>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

BASS, B. M.; BASS, R. **The Bass handbook of leadership: theory, research, and managerial applications**. 4 ed. New York: Free Press, 2008.

BELLOTTI, K. K. “Lidere como Jesus”: liderança e autoajuda na mídia evangélica nos Estados Unidos e no Brasil (1980-2010). **Fronteiras**, v. 19, n. 34, p. 207–233, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.30612/frh.v19i34.7598>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

BERGAMINI, C. W. Liderança: a administração do sentido. **Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n. 3, p. 102–114, 1994. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rae/article/view/38274>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

_____. **Psicologia aplicada a administração de empresas: psicologia do comportamento organizacional**. São Paulo: Atlas, 2005.

BIANCHI, E. M. P. G.; QUISHIDA, A.; FORONI, P. G. Atuação do líder na gestão estratégica de pessoas: reflexões, lacunas e oportunidades. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 21, n. 1, p. 41–61, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2017150280>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

BOWERS, M. R.; HALL, J. R.; SRINIVASAN, M. M. Organizational culture and leadership style: The missing combination for selecting the right leader for effective crisis management. **Business Horizons**, v. 60, n. 4, p. 551–563, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2017150280>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

BRADLEY, E. L. P.; SUTTON, M. Y.; COOKS, E.; WASHINGTON-BALL, B.; GAUL, Z.; GASKINS, S.; PAYNE-FOSTER, P. Developing FAITHH: Methods to Develop a Faith-Based HIV Stigma-Reduction Intervention in the Rural South. **Health Promotion Practice**, v. 19, n. 5, p. 730–740, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1524839917754044>. Acesado em 17 de outubro de 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/>>. Acessado em 15 de novembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196/96. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 de junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação no 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BURNS, J. M. **Leadership**. New York: Harper and Row, 1978.

_____. **Transforming Leadership**. Nova Iorque: Grove Press, 2004.

CALAÇA, P. A.; VIZEU, F. Revisitando a perspectiva de James MacGregor Burns: qual é a ideia por trás do conceito de liderança transformacional? **Cadernos EBAPE.BR**, v. 13, n. 1, p. 121–135, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395111016>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

CARLYLE, T. **On heroes, hero-worship e the heroic in history**. John Wiley: New York, 1881.

CARDOSO, P. A.; AMORIM, M. C. S. Traços, comportamentos e contextos: desenvolvimento de líderes em ONG, a “experiência SIFE” no Centro Universitário do Pará. **ReCaPe**: Revista de Carreiras e Pessoas, v. 1, n. 1, p. 90–111, 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/ReCaPe/article/viewFile/6565/4767>. Acesso em 7 de abril de 2021.

CAVALCANTI, R. C.T. A Liderança Carismática de Steve Jobs. **Revista dos Mestres dos Profissionais**, v. 6, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/RMP/article/view/244856>. Acesso em 14 abril 2020.

CLARK, N. M. Health educators and the future: lead, follow, or get out of the way. **Health Education & Behavior**, v. 41, n. 5, p. 492–498, 2014. Acesso em: <https://doi.org/10.1177/1090198114547509>. Acesso em 17 de outubro de 2024.

CHIAVENATO, I. **Administração geral e pública**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

_____. **Introdução à teoria geral da administração**, 9. ed, São Paulo: Manole, 2014.

COHEN-DAR, M.; OBEID, S. Islamic Religious Leaders in Israel as Social Agents for Change on Health-Related Issues. **Journal of Religion and Health**, v. 56, n. 6, p.

2285–2296, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0409-x>. Acesso em 17 de outubro de 2024.

COLLINS, J. **Empresas feitas para vencer**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2018. Disponível em: <https://pdfcoffee.com/qdownload/empresas-feitas-para-vencer-5-pdf-free.html>. Acesso em 26 de agosto de 2021.

COVEY, S. R. **Liderança baseada em princípios**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**, 2 ed. Tradução: S. M. M Rosa. Porto Alegre: Penso, 2021. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=URcLEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&ots=9f1QkRGZEE&sig=6fUZcTd3WymldsxFZT-0V4p5hqI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em 16 de abril de 2021.

DELLA CORTE, V.; DEL GAUDIO, G.; SEPE, F.; ZAMPARELLE, G. The_Role_and_Implications_of_Values-based_Leadership. **Journal of Organisational Transformation & Social Change**, v. 14, n. 3, p. 187–213, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14779633.2017.1378453>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

DSCsoft. **Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo - IPDSC**. Tolteca.com.br, 2020. Disponível em: <<http://www.tolteca.com.br/dscSoft.aspx>>. Acesso em 4 de março de 2016.

DURHAM, L. **The debate over female leadership in ministry**. Leadership North Carolina A&T State University, Greensboro, NC: 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312167004_The_Debate_Over_Female_Leadership_in_Ministry. Acesso em 22 de setembro de 2021.

FERNANDES, C. M.; SIQUEIRA, M. M. M.; VIEIRA, A. M. Impacto da percepção de suporte organizacional afetivo: o papel moderador da liderança. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 8, n. 4, p. 140–162, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12712/rpca.v8i4.396>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

FERNÁNDEZ, J. C. Naturaleza y dimensionalidad de la relación de las variables estilo de liderazgo y desarrollo espiritual en los pastores adventistas en Lima metropolitana. **Apuntes Universitarios**, v. 5, n. 2, p. 197–212, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17162/au.v0i2.237>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

FERRARI, J. R. Male and Female Ministers: Comparing Roman Catholic and Methodist Deacons on Personality Structure, Religious Beliefs, and Leadership Styles. **Journal of Pastoral Care & Counseling**, v. 71, n. 1, p. 5–11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1542305016681022>. Acesso em 17 de outubro de 2024.

FONTENELE, M. G. G.; RODRIGUES, T. S. Estilos de liderança e o desempenho profissional nos ambientes de trabalho. **UNINGÁ Review**, v. 30, n. 2, p. 74–81, 2017. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170503_210700.pdf. Acesso em 10 de abril de 2021.

FRAGA, V. G. Os três tipos de dominação legítima de Max Weber. **Revista Jus Navigandi**, v. 18, n. 3791, 2013. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/25863>. Acesso em 10 de abril de 2021.

FURTADO, J. W. Liderança servidora em igrejas evangélicas da cidade de Sousa-PB. **Monografia (Curso de Graduação em Administração) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG**, 2019.

GIL, C. A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOLEMAN, D. **O cérebro e a inteligência emocional: novas perspectivas**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

_____. **Liderança: a inteligência emocional na formação de um líder de sucesso**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

GOMES, A. R.; CRUZ, J. Abordagem carismática e transformacional: modelos conceituais e contributos para o exercício da liderança. **Psicologia USP**, v. 18, n. 3, 2007, p. 143-161. Disponível em: [http:// https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772007000300008&lng=pt&nrm=iso](http://https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772007000300008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 13 de abril de 2021.

HARMON, B. E.; STRAYHORN, S.; WEBB, B. L.; HÉBERT, J. R. Leading God's People: Perceptions of Influence among African-American Pastors. **Journal of Religion and Health**, v. 57, n. 4, p.1509–1523, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-018-0563-9>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da Liderança situacional**. São Paulo: EPU, 1986.

HESKETH, J. L.; COSTA, M. T. P. M. Construção de um Instrumento para Medida da Satisfação no Trabalho. **RAE: Revista de Administração de Empresas**, v. 20, n. 3, 1980. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901980000300005>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

HESTER, J. P. Spiritual leadership: the challenge. **The Journal of Values-Based Leadership**, v. 14, n. 1, 2021. Disponível em: <https://scholar.valpo.edu/jvbl/vol14/iss1/3>. Acesso em 17 outubro 2024..

HEWARD-MILLS, N. L.; ATUHAIRE, C.; SPOORS, C.; PEMUNTA, N. V.; PRIEBE, G.; CUMBER, S. N. **The role of faith leaders in influencing health behaviour:**

a qualitative exploration on the views of Black African Christians in Leeds, United Kingdom. *Pan African Medical Journal*, v. 30, n. 199, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.199.15656>. Acessado em 17 de junho de 2024.

HOCH, J. E.; BOMMER, W. H.; DULEBOHN, J. H.; WU, D. Do ethical, authentic, and servant leadership explain variance above and beyond transformational leadership? A meta-analysis. *Journal of Management*, v. 44, n. 2, p. 501–529, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0149206316665461>. Acessado em 17 de junho de 2024.

HOUSE, R. J. A 1976 theory of charismatic leadership. *Working Paper Series 76-06*. Toronto Universit, 1976. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED133827.pdf>. Acesso em 4 junho de 2021.

IODICE, E. F. Common Denominators of Great Leadership. *The Journal of Values-Based Leadership*, v. 14, n. 1, 2021. Disponível em: <https://scholar.valpo.edu/jvbl/vol14/iss1/10>. Acesso em 27 maio de 2021.

JANG, Y.; PARK, N. S.; YOON H, KO, J. E.; JUNG, H.; CHIRIBOGA, D. A. Mental health literacy in religious leaders: a qualitative study of Korean American Clergy. *Health & Social Care in the Community*, v. 25, n. 2, p. 385–393, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12316>. Acesso em 17 de outubro de 2024.

KENT, L. M.; MORTON, D. P.; WARD, E. J.; RANKIN, P. M.; FERRET, R. B.; GOBLE, J.; DIEHL, H. A. The Influence of Religious Affiliation on Participant Responsiveness to the Complete Health Improvement Program (CHIP) Lifestyle Intervention. *Journal of Religion and Health*, v. 55, n. 5, p. 1561–1573, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0141-3>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

KIM, H.; KIM, T. Emotional Intelligence and Transformational Leadership: A Review of Empirical Studies. *Human Resource Development Review*, v. 16, p. 377–393, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1534484317729262>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

KOENIG, H. G. Religion, **Spirituality and Health**: the research and clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, v. 2012, n. 278730, p. 1–33, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

LACOMBE, F. **Recursos humanos**: princípios e tendências. São Paulo: Saraiva. 2007.

LALOUX, F. **Reinventando as organizações: um guia para criar organizações inspiradas no próximo estágio da consciência humana**. Tradução I. Bertelli. Curitiba, PR: Voo, 2017.

LANZI, R. G.; FOOTMAN, A. P.; JACKSON, E.; ARAYA B. Y.; OTT, C.; STERLING, R. D.; DAVIS, T. R.; KAISER, K. A. **Love with No Exceptions**: A Statewide Faith-Based,

University-Community Partnership for Faith-Based HIV Training and Assessment of Needs in the Deep South. *AIDS and Behavior*, v. 23, n. 11, p. 2936–2945, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02604-7>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; MARQUES M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1193–1204, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400025>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>. Acessado em 14 de abril de 2021.

_____. O Sujeito Coletivo que fala. *Interface*, v. 10, n. 20, p. 517–524, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

_____. Discurso do Sujeito Coletivo: Representações Sociais e Intervenções Comunicativas. **Texto & Contexto: Enfermagem.**, v. 23, n. 2, p. 502–507, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>. Acesso em 17 de outubro de 2024.

LEWIN, K. **Teoria de campo em ciências social**. São Paulo: Pioneira; 1965.

LUMPKINS, C. Y.; GREINER, K. A.; DALEY, C.; MABACHI, N. M.; NEUHAUS K. Promoting healthy behavior from the pulpit: clergy share their perspectives on effective health communication in the African American church. **Journal of Religion and Health**, v. 52, p. 1093–1107, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9533-1>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

LUO, J.; ZHENG, J. The Impact of Servant Leadership on Proactive Behaviors: A Study Based on Cognitive Evaluation Theory. **Psychology**, v. 9, p. 1228–1244, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4236/psych.2018.95075>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

MACHADO, F. C. L.; MARANHÃO, C. M. S. A.; PEREIRA, J. J. O conceito de Cultura Organizacional em Edgar Schein: uma reflexão à luz dos estudos críticos em administração. **Reuna**, v. 21, n. 1, p. 75–96, 2016. Disponível em: <https://revistas.una.br/reuna/article/view/712/644>. Acesso em 12 de junho de 2021.

MACHADO, M. D. C.; BURITY, J. A Ascensão Política dos Pentecostais no Brasil na Avaliação de Líderes Religiosos. **Revista de Ciências Sociais**, v. 57, n. 3, p. 601–631, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/00115258201419601>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

MACHADO, M. P. Conceitos de liderança e competências necessárias para ser um bom líder. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 3, n. 3, p. 245–267, 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracao/lideranca-e-competencias>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

MAKKAR, S.; SINGH, A. K.; A conceptual development of spiritual leadership model. **International Journal of Business and Globalisation**, v. 26, n. 3, p. 239–252. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1504/IJBG.2020.110953>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Percurso/article/view/49548>. Acesso em 7 de abril de 2020. Acessado em 17 de outubro de 2024.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2021.

MAXIMIANO A. C. A. **Introdução à Administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

MAXWELL, A. E.; SANTIFER, R. L. CHANG, C.; GATSON, J.; CRESPI, C. M.; LUCAS-WRIGHT, A. Organizational readiness for wellness promotion – a survey of 100 African American church leaders in South Los Angeles. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6895-x>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

MAYNARD, M. J. Faith-based institutions as venues for obesity prevention. **Obesity Prevention**, v. 6, n. 2, p.148–154, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0257-8>. Acessado em: 17 de outubro de 2024.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017a.

_____. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 16–17, 2017b.

MINAYO, M. C. S, GUERREIRO I.C.Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>. Acesso em 17 de outubro de 2024.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução: A. Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 7 ed. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, M. S. B. S. **Representações sociais e sociedades**: a contribuição de Serge Moscovici. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.19, n. 55, p. 180–186, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092004000200014>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

PAGE, D.; WONG, P. T. P. A conceptual framework for measuring servant leadership. In. ADJIBOLOOSO, S. (Ed.), **The human factor in shaping the course of history and development**. Lanham: American University Press, 2000.

PLATÃO. **A República**. Tradução: E. Bini. São Paulo: Edipro, 2020. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/A_Rep%C3%BAblica.html?id=igDQD-wAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em 7 de abril de 2021.

PINSKER, E. A.; ENZLER, A. W.; HOFFMAN, M. C.; CALL, K. T.; AMOS, S.; BABBINGTON-JOHNSON, A.; OKUYEMI, K. S. A Community-Driven Implementation of the Body and Soul Program in Churches in the Twin Cities, Minnesota, 2011-2014. **Preventing Chronic Disease**, v. 14, n. 26, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5888/pcd14.160386>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

PONTES, M. M. Mulheres e o exercício da liderança nas Assembleias de Deus no Brasil: uma questão ética. **Dissertação de Mestrado em Teologia**. Faculdade EST, São Leopoldo, 2015. Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/handle/BR-SIFE/521>. Acesso em 21 de setembro de 2021.

RIVERA-HERNANDEZ, M. The role of religious leaders in health promotion for older Mexicans with diabetes. **Journal of Religion and Health**. v. 54, n. 1, p. 303–315, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9829-z>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

ROBIN, N. CASTRUCCI, B. C.; MCGINTY, M. D.; EDMISTON, A.; BOGAERT, K. The First Nationally Representative Benchmark of the Local Governmental Public Health Workforce: Findings From the 2017 Public Health Workforce Interests and Needs Survey. **Journal of Public Health Management and Practice**. v. 25, n. 2, S26–S37, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000939>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 6 ed. Tradução R. C. Marcondes. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

ROBBINS, S. P.; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro**. 14 ed. Tradução R. C. Gomes. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

RODRIGUES, S. A.; SILVA, M. D. S.; SOUZA, F. R. L.; FRADE, C. M. Estilos de liderança de professores universitários: um estudo de caso em uma instituição de ensino pública. **Revista Gestão & Conexões Management and Connections Journal**, v. 8, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.13071/regec.2317-5087.2019.8.2.23242.84-104>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

SANTOS, Y. M. F.; CARVALHO, M. B. A inteligência emocional e a liderança transformacional: um estudo de caso na Igreja do Evangelho Quadrangular da Região **Eclesiástica 987** - Neópolis-SE. Caderno de Graduação: Ciências Humanas e Sociais, v. 5, n. 3, 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/7196>. Acessado em 15 de abril de 2021.

SCHEIN, E. H. Coming to a New Awareness of Organizational Culture. **Sloan Management Review**, v. 25, n. 2, 1984. Disponível em: <https://sloanreview.mit.edu/article/coming-to-a-new-awareness-of-organizational-culture>. Acesso em 2 de junho de 2021.

_____. Cultura Organizacional, in: **Cultura Organizacional**, FNQ gestão para a transformação, p. 4–7, 2018. Disponível em: https://prod.fnq.org.br/comunidade/wp-content/uploads/2018/12/n_33_cultura_organizacional.pdf. Acesso em 2 de junho 2021.

SCHMID, H. Leadership styles and leadership change in human and community service organizations. **Nonprofit Management & Leadership**, v. 17, n. 2, p. 179–194, 2006.

SCHOENBERG, N. E.; SWANSON, M. Rural Religious Leaders' Perspectives on their Communities' Health Priorities and Health. **Southern Medical Journal**, v. 110, n. 7, p. 447–451, 2017. Acessado em: <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000671>. Disponível em 17 de outubro de 2024.

SCHULTZ, G. **Introdução à gestão de organizações**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016.

SELL, C. E. O poder instituído e potência subversiva: Max Weber e a dupla face da dominação carismática. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 33, n. 98,

SELL, C. E. Poder instituído e potência subversiva: Max Weber e a dupla face da dominação carismática. **Revista Brasileira de Ciências Sociais 33 (98)**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/339814/2018>. Acesso em 17 de outubro de 2024.

SERRAT, O. **Knowledge Solutions: Tools, Methods, and Approaches to Drive Organizational Performance**. Singapura: Springer Open, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-981-10-0983-9_72. Acessado em 17 de outubro de 2024.

SILVA, E. P.; REIS, M. C. A. Os estilos de liderança e sua influência no desenvolvimento das organizações. **Negócios em Projeção**, v. 7, n. 2, p. 44–53, 2016. Disponível em: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao1/article/view/636/631>. Acessado em 28 de outubro 2019.

SILVA, F. S.; AMORIM, M. R. Liderança e comportamento organizacional: uma relação intrínseca na gestão. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 23, n. 37, p. 9–13, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6571.2019v23n37p9-13>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

SILVA, J. B. Evolução de liderança e postura dos líderes atuais. **Revista de Ciências Jurídicas e Empresariais**. Londrina, v. 15, n. 1, p. 119–127, 2014. Disponível em: <https://revistajuridicas.pgsscogna.com.br/juridicas/article/view/385>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

SILVA, M. A. **Administração eclesiástica**: lideranças em atualização. São Paulo, SP: Dialética. 2020. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=k0IIEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>. Acessado em 21 de junho de 2021.

STACCIARINI, J. M.; VACCA, R.; WIENS, B.; LOE, E.; LAFLAM, M.; PÉREZ, A.; LOCKE, B. FBO Leaders' perceptions of the psycho-social contexts for rural latinos. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 37, n. 1, p. 19–25, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1076914>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

STEWART, J. M.; HONG, H.; POWELL, T. W. Strategies to promote African-American church leadership engagement in HIV testing and linkage to care. **J. Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 6, p. 319–326, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-018-0527-5>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

TANNENBAUM, R.; WESCHLER, I. R.; MASSARIK, F. **Liderança e organização**: uma abordagem à ciência do comportamento. Tradução A. B. Simões. São Paulo: Editora Atlas, 1970.

TOMALIN, E.; SADGROVE, J.; SUMMERS R. Health, faith and therapeutic landscapes: Places of worship as black, Asian and Minority Ethnic (BAME) public health settings in the United Kingdom. **Social Science & Medicine**, v. 230, p. 57–65. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.006>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

TURANO, L. M.; CAVAZOTTE, F. Conhecimento científico sobre liderança: Uma análise bibliométrica do acervo do the leadership quarterly. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 20, n. 4, p. 434–457, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac2016140075>. Acessado em 17 de outubro 2024.

WALKER, N. Leadership development in health promotion. **Health Promotion Journal of Australia**. v. 14, n.1, p. 6–7, 2003. Disponível em: <https://www.publish.csiro.au/he/pdf/HE03006>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

WANG, L.; KOENIG, H. G.; HE, Z.; SUN, X.; SHOHAIB, S. A.; WANG, Z. Religiosity and Telomere Length: moderating effect of religiosity on the relationship between high-risk polymorphisms of the apolipoprotein e and TOMM40 gene and telomere length. **Journal of Applied Gerontology**, v. 39, n. 6, p. 627–634, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0733464819865415>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

WEBER, M. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. Tradução K. Jannini. São Paulo: EdiPro, 2020.

_____. Os três tipos puros de dominação legítima. In: WEBER, M. **Sociologia: Coleção Grandes Cientistas Sociais**. Tradução: G. Cohn. São Paulo, SP: Ática, 1979. Disponível em: https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/3952293/mod_resource/content/1/1969_Weber_3%20tipos%20puros%20de%20dominacao%20legitima.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

WENTUM, A. S. O. **An Exploration of Women Experiences in Leadership Positions within African Immigrant Churches in the United States (Tese de Doutorado)**. Walden University. 2020. Disponível em: <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=9702&context=dissertations>. Acesso em 21 de setembro de 2021.

WHITE, E. G. **Christian Leadership**. 1985. Disponível em: <http://www.centrowhite.org.br/files/ebooks/egw-english/books/Christian%20Leadership.pdf>. Acesso em 18 de abril de 2021.

_____. **Administração eficaz: como multiplicar os recursos com sabedoria**. Tatuí, SP: Casa Publicadora Brasileira, 2002.

WIGINTON, J. M.; KING, E. J.; FULLER, A. O. We can act different from what we used to: Findings from experiences of religious leader participants in an HIV-prevention intervention in Zambia, **Global Public Health**, v.14, n. 5, p. 636–648, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1524921>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

WILLIAMS, R. M.; HOLT, C. L.; TAGAI, E. K.; SANTOS, S. L. Z.; SLADE, J. L.; CARTER, R. L. The Role of Leadership Support in a Church-Based Cancer Education Implementation Study. **Journal of Religion and Health**. v. 57, n. 1, p. 146–156, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0427-8>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Capacity-building on leadership for health promotion. **Regional Office for South-East Asia**. Bangkok: 2014. Disponível

em: <https://www.who.int/publications/i/item/SEA-HE-208>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Declaration of Helsinki**: Ethical Principles for medical Research Involving Human Subjects. JAMA, v. 310, n. 20, p. 2191–2194, 2013. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

YEARY, K.; ALCARAZ, K. I.; ASHING, K. T.; CHIU, C.; CHRISTY, S. M.; FELSTED, K. F.; LU, Q.; LUMPKINS, C. Y.; MASTERS, K. S.; NEWTON, R. L.; PARK, C. L.; SHEN, M. J.; SILFEE, V. J.; YANEZ, B.; YI, J. Considering religion and spirituality in precision medicine. **Translational behavioral medicine**, v. 10, n. 1, p. 195–203, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz105>. Acessado em 17 de outubro de 2024.

YUKL, G. An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories leadership quarterly. **The Leadership Quarterly**, v. 10, n. 2, p. 285–305, 1999. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(99\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(99)00013-2). Acesso em 17 de outubro de 2024.

CARACTERIZAÇÃO DA LIDERANÇA, ESTILO DE VIDA E SAÚDE FÍSICA E MENTAL DE LÍDERES ECLESIASTICOS

Keidson Rodrigues Brito
Gina Andrade Abdala

As comunidades de fé têm se destacado historicamente como espaços privilegiados para o cuidado integral de seus membros, indo além das dimensões espirituais e abraçando iniciativas que promovem a saúde física, mental e social. Nesse contexto, os líderes eclesiais desempenham um papel central: são eles que inspiram e conduzem ações capazes de transformar o bem-estar individual em uma experiência comunitária mais plena. Mas como esses líderes vivenciam, em suas próprias vidas, os princípios de saúde que pregam?

Compreender o estilo de vida dos líderes eclesiais e sua relação com a saúde física e mental constitui-se numa questão crucial para o fortalecimento das comunidades de fé, enquanto espaços de promoção da qualidade de vida. Estudos recentes revelam que, embora muitos desses líderes possuam um bom conhecimento sobre práticas saudáveis, nem sempre conseguem aplicá-las plenamente em seu dia a dia. Essa realidade aponta para a necessidade de refletir sobre os desafios e as potencialidades envolvidos no equilíbrio entre ensinar e vivenciar os princípios de saúde.

Neste capítulo, apresentamos os resultados de uma pesquisa realizada com líderes de comunidades de fé de diferentes regiões do estado de São Paulo. Utilizando instrumentos como o *Questionário Oito Remédios Naturais* (Q8RN), investigamos não apenas o perfil de estilo de vida desses líderes, mas também as associações entre seus hábitos e indicadores de saúde física e mental. Os achados revelam um quadro intrigante: enquanto os líderes demonstram um estilo de vida geral avaliado como “muito bom”, por outro lado, enfrentam dificuldades em áreas fundamentais, como descanso, acesso a ar puro e hidratação adequada.

Deste modo, destaca-se a forte relação entre um estilo de vida saudável e a saúde mental dos líderes, evidenciando que a prática de hábitos saudáveis vai além do físico, impactando diretamente sua capacidade de liderar com equilíbrio e bem-estar. Essa constatação sublinha a importância de projetos de saúde não apenas como

estratégias de crescimento e sustentabilidade das comunidades de fé, mas como um suporte essencial para o próprio cuidado dos líderes.

Ao longo das páginas seguintes, exploraremos as implicações desses resultados, discutindo como líderes e comunidades podem superar os desafios apontados e caminhar rumo a uma vivência mais plena e equilibrada dos princípios de saúde.

LIDERANÇA E SAÚDE NA COMUNIDADE ADVENTISTA

Cinco diferentes locais do planeta destacam-se por ter uma relevante concentração de longevidade em sua população. Trata-se das cidades de Ikaria, na Grécia; Okinawa, no Japão; Sardenha, na Itália; Loma Linda, nos Estados Unidos; e Península de Nicoya, na Costa Rica. Elas têm despertado a atenção de pesquisadores, que buscam compreender os fatores determinantes para o acréscimo nos anos de vida saudável dos moradores (Pes et al, 2022).

O grupo de Loma Linda, em especial, é formado por religiosos que seguem as orientações de saúde da Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD). Ellen G. White (1827-1915), umas das fundadoras dessa igreja, é uma referência para essas orientações de estilo de vida. Ela rejeita a visão cristã majoritária, que separa corpo e espírito. Por isso, vários de seus artigos e livros abordam a conexão entre saúde e fé. O texto abaixo é um exemplo disso:

Ar puro, luz solar, abstinência, repouso, atividade física, regime conveniente, uso de água e confiança no poder divino – eis os verdadeiros remédios. O processo da natureza para curar e construir é gradual, e isso parece vagaroso ao impaciente. Demanda sacrifício e abandono das nocivas condescendências. Mas ao fim se verificará que a natureza, não sendo estorvada, faz seu trabalho sabiamente e bem. Aqueles que perseveram na obediência a suas leis, ganharão em saúde de corpo e de alma (White, 2017, p. 127).

Os princípios preconizados por White são apresentados atrelados à premissa de que o organismo é capaz de operar sua própria cura à medida que o indivíduo incorpore à sua rotina a prática dessas orientações. Inclusive, a eficácia desses princípios pode ser apoiada por meio de pesquisas científicas, tais como ar puro (Gouveia *et al.*, 2017), luz solar (Oliveira; Moraes; Santos, 2013), abstinência do que é nocivo (Rosa; Loureiro; Sequeira, 2018), repouso (Felden *et al.*, 2018), atividade física (Farias *et al.*, 2012), regime conveniente (Lins *et al.*, 2013), uso de água (Barufaldi *et al.*, 2015) e confiança no poder divino (Abdala *et al.*, 2015).

Ao investigar a relação entre a teoria ensinada pelos adventistas e a prática dos que a seguem rigorosamente, observou-se que esses hábitos contribuíram para que se tornassem um dos grupos mais longevos do mundo. A dieta deles enfatiza o consumo de vegetais, nozes, grãos integrais, feijões e produtos de soja, somadas ainda

a recomendação de redução do consumo de açúcar, sal e produtos refinados. Além disso, a dieta pode incluir pequenas quantidades de carne, laticínios e ovos, mas desestimula o consumo de café, chá, álcool, tabaco e outras substâncias nocivas.

White (2015) destaca os princípios de saúde como ferramentas fundamentais para a evangelização, ligando-os à terceira mensagem angélica - um marco evangelizador da denominação. Ela afirma que se os adventistas abandonassem a reforma pró-saúde, perderiam parte de sua influência evangelística. Não obstante, estes princípios continuam a ser reafirmados pela igreja como essenciais para o desenvolvimento da fé e parte de suas crenças fundamentais (Igreja Adventista do Sétimo Dia, 2016a). Entre os métodos para o avanço missionário da IASD, ocupam lugar de destaque aqueles que fazem uso de temas relacionados à saúde, como a obra médico-missionária, campanhas antitabagismo e feiras de saúde. A obra médico-missionária, em especial, surgiu sob orientação de White (2015) para ser aplicada como ferramenta evangelística de excelência. Deste modo, prescreve-se que todo o trabalho médico-missionário deve ter como foco abrir porta para o evangelismo (Gomes, 1999; Grellman, 2005).

As campanhas antitabagismo ficaram popularmente conhecidas pelo nome de Curso como Deixar de Fumar em Cinco Dias, originalmente elaborado em 1962 por dois médicos adventistas nos Estados Unidos (Neufeld, 2000). No Brasil, esse mesmo trabalho foi implementado por um grupo de pastores e médicos liderados pelo também ministro Alcides Campolongo. Ele foi aos EUA para, entre outras atividades, participar do curso e colher o material necessário para desenvolver a iniciativa no Brasil. Assim, no dia 8 de junho de 1964, iniciaram o primeiro curso na Praça da República, em São Paulo. Participaram mais de 1.200 pessoas e cerca de 85% abandonaram o vício (Campolongo, 2003).

Acrescentando-se a essas duas estratégias, estão as feiras de saúde que acompanham os movimentos do estilo de vida saudável realizadas pelos adventistas do sétimo dia (Meira *et al.* 2015; Cres *et al.* 2015) desde as Expo Saúde, as quais foram iniciadas em Portugal (Health Education Resource Center, 2021). Esse estudo visa analisar a associação entre perfis de liderança eclesiástica, estilo de vida e saúde física e mental de líderes de comunidades de fé. Tem como objetivos específicos: (1) Descrever as características da liderança eclesiástica de líderes de comunidades de fé de São Paulo; (2) Identificar o estilo de vida com base nos hábitos saudáveis, relacionados aos Oito Remédios Naturais, adotados por esses líderes; (3) Classificar os níveis de saúde física e mental referida pelos líderes dessas comunidades.

Em resposta aos objetivos específicos, adere-se a hipótese de que “líderes com características de liderança eclesiástica promissora também possuem um bom estilo de vida e conseqüentemente melhor saúde física e mental autorreferida”. Porém, antes de responder a estes questionamentos, vale descrever alguns tópicos importantes dessa fundamentação teórica, que serão expostos a seguir.

LIDERANÇA

Os conceitos de liderança são variados e ganham novos significados em diferentes contextos. Este tema tem sido explorado por muito tempo, resultando em interpretações diversas (Alsaqqa, Akyürek, 2021). O termo liderança é utilizado na língua inglesa há aproximadamente duzentos anos, com origens que remontam ao século XIV (Stogdill, 1974). Nesse ínterim, a definição de liderança tem evoluído ao longo do tempo, com autores apresentando visões distintas. É importante notar, contudo, que líder e gestor não são sinônimos. Segundo Kotter (2011), o gestor está associado a tarefas como planejamento e controle, enquanto o líder foca em mudanças, definição de direções, motivação e inspiração.

Teóricos divergem sobre a natureza da liderança. Alguns a veem como um dom inato, enquanto outros acreditam que pode ser desenvolvida (Batista; Novicki; Lemos, 2017). Por estas razões, Rowe (1998, citado por Gardner e Avolio, 2002) considera a liderança um tema amplo e muitas vezes desgastado. A literatura sobre liderança é predominantemente influenciada pela psicologia, seguida pela sociologia (Robbins, 2005), acumulando mais de um século de pesquisas científicas (Day; Antonakis, 2012).

De todo modo, apesar da amplitude do conceito de liderança, a definição de liderança estratégica pressupõe a habilidade de influenciar subordinados, pares e superiores. Também presume que o líder entenda o processo de estratégia emergente, que alguns autores consideram mais importante do que o processo de planejamento estratégico (Mintzberg, 1987a). Para Vergara (2006), liderança traduz-se na capacidade de exercer influência sobre as pessoas. Essa influência se dá pela identificação dos subordinados com o líder, vendo-o como alguém que entende as suas demandas, inspira confiança e pode ajudá-las no meio profissional ou pessoal.

Assim, comandar, conduzir, mandar, orientar, encabeçar, guiar, representam palavras que, ao longo dos anos, marcaram as concepções sobre liderança, tanto no senso comum quanto no meio acadêmico. Por se relacionar ao alinhamento e a sinergia entre os diversos atores sociais, a liderança é tida como um fenômeno fundamental para a sustentabilidade dos grupos sociais, sendo amplamente investigada pelas ciências organizacionais (Yammarino, 2013).

Goleman (2020) delinea três fatores essenciais que um líder deve ter: (1) quociente de inteligência, (2) habilidades técnicas e (3) inteligência emocional. O termo inteligência emocional – muito falado desde os anos 2000 – se divide nos seguintes termos: autoconhecimento, autocontrole, motivação, empatia e destreza social. Deste modo, existem diversos estilos de liderança, com nomes que podem variar entre os diversos autores que abordam o tema. Os mais populares incluem os líderes coercitivos, que exigem obediência imediata; os visionários, que mobilizam pessoas em torno de uma visão; os líderes afetivos, que criam conexões emocionais e promovem

harmonia; os democráticos, que buscam consenso através da participação; os modeladores, que esperam excelência e autodirecionamento; e os treinadores, que desenvolvem as pessoas para o futuro (Goleman, 2020). Cada estilo influencia o comportamento das pessoas, gerando reações positivas ou negativas em relação à liderança.

Ao trabalhar com voluntários – que são considerados colaboradores nas comunidades de fé – é fundamental incluir estilos que contribuam para o sucesso de projetos (Lewin; Lippit; White, 1939). Tannenbaum e Schmidt (1973) destacam a importância dos modelos participativo e de consultoria, permitindo que os voluntários expressem suas opiniões e consultem outros membros da igreja antes de decisões. Ademais, Norton (2018) complementa que esses estilos promovem um senso de pertencimento, e uma liderança consultiva, que respeita as opiniões e se adapta às necessidades das pessoas, pode trazer ainda mais benefícios. Ao tratar sobre o tema da liderança, Collins (2018) divide a liderança em cinco níveis. No nível 1, o indivíduo altamente capacitado faz contribuições produtivas por meio do talento, do conhecimento, das técnicas e dos bons hábitos de trabalho. No nível 2, o membro colaborador da equipe contribui com suas capacidades individuais para atingir os objetivos do grupo e trabalha de forma eficaz com os demais, em uma atmosfera de equipe. No nível 3, o gerente competente organiza as pessoas e os recursos na busca efetiva e eficiente de objetivos predeterminados. No nível 4, o líder eficaz catalisa o comprometimento com uma visão clara e forte, além de estimular padrões mais elevados de desempenho. Por fim, no nível 5, a liderança atinge seu grau mais elevado, no qual o líder constrói excelência duradoura por meio de uma combinação paradoxal de humildade pessoal e força de vontade baseada no profissionalismo.

Cada área da atividade humana demanda um perfil de líder específico, com competências variando conforme o ambiente. A atividade econômica e social se divide em três setores: (1) Estado; (2) composto por propriedades privadas com fins lucrativos; (3) e o terceiro, englobando entidades religiosas, instituições artísticas, sindicatos, fundações e associações sem fins lucrativos (Hudson, 1999). Para a liderança no terceiro setor, é crucial um sistema de valores e crenças compartilhado por todos os membros (Mintzberg, 1987b, citado por Paulino, 2011). A liderança servidora, embora aplicável a qualquer organização, se destaca especialmente entre as sem fins lucrativos (Hudson, 1999).

LIDERANÇA ECLESIASTICA

Devido à natureza voluntária de muitas das atividades do terceiro setor, é necessário um estilo de liderança apropriado. O modelo de liderança servidora, sistematizado por Robert Greenleaf em 1970, tem sido adotado por diversos autores (Greenleaf, 1970; Bellotti, 2017). Recentemente, aspectos religiosos foram integrados a essa

abordagem, especialmente após a popularização de livros sobre liderança secular entre os anos 1980 e 1990, tanto nos EUA quanto no Brasil (Bellotti, 2017).

No meio religioso, é comum usar figuras bíblicas como ícones de liderança. Nesse sentido, há um grupo de leitores e clientes que desejam se instruir na arte da liderança a partir desses exemplos (Bellotti, 2017). Com isso, ao falar sobre liderança, Hybels (2002), por exemplo, menciona Moisés, Davi, Neemias, Ester, Pedro e Paulo, chamando atenção para o fato de que Deus dota algumas pessoas com o dom, sendo também responsável desses indivíduos aperfeiçoar essas habilidades.

Dessa forma, o papel do líder eclesiástico está condicionado ao modelo de administração adotado, que pode ser congregacionalista, representativo ou episcopal. O modelo congregacional enfatiza a autoridade da igreja local, caracterizando-se por autonomia e democracia (Rocha, 2020). No modelo representativo, a autoridade reside nos membros e é expressa através de representantes eleitos, adotado pela IASD (Igreja Adventista do Sétimo Dia, 2016b, p. 28-29). A forma episcopal concentra a autoridade no bispo (Rocha, 2020).

As hierarquias nesses modelos variam. No episcopal, a maior autoridade é o papa, seguido por cardeais, arcebispos, bispos, padres, diáconos e membros leigos (Walbert, 2020). O modelo congregacional apresenta uma grande diversidade de nomenclaturas e hierarquias, onde predominam apenas pastores e diáconos como líderes, sendo os pastores remunerados e os diáconos voluntários, típico de igrejas como as Batistas e Assembleia de Deus (Manual de Administração Eclesiástica da Igreja Batista do Méier, 2008).

No sistema representativo, por sua vez, a liderança local é composta pelo pastor e pelo ancião, este último designando alguém de dignidade e respeito, com funções similares às de um supervisor da sinagoga. O termo bispo também é usado, e Paulo os considera equivalentes (Igreja Adventista do Sétimo Dia, 2016a, p. 198). Nesse modelo, os pastores são remunerados e “receberam um chamado pessoal de Cristo” (Guia para Ministros Adventistas do Sétimo Dia, 2010, p. 10). No que diz respeito aos anciãos, estes são escolhidos pela igreja local por meio de uma comissão que se reúne. A permanência de um ancião no cargo é de um a dois anos, podendo ser renovada (Igreja Adventista do Sétimo Dia, 2016b).

QUALIFICAÇÕES DO ANCIONATO NA IASD

O ancião(ã) deve possuir uma conduta íntegra, sendo irrepreensível em seu caráter e comportamento cristão. Tomando como referência o texto de 1Timóteo 3:2-7, compreendemos que as suas características se dão especificamente na condução de uma vida familiar exemplar. Embora Paulo se referisse a um público masculino, tais orientações adequam-se claramente também ao ancionato feminino presente na estrutura eclesiástica adventista atualmente. Temos que ele(a) deve ter um único cônjuge e governar bem sua casa, criando os filhos com disciplina e respeito. Espera-se que

demonstre autocontrole e equilíbrio, sendo temperante e dotado(a) de sobriedade e modéstia, o que reflete prudência em suas ações e decisões. Além disso, deve possuir habilidade para ensinar, o que indica tanto conhecimento das Escrituras quanto capacidade de instruir e orientar a congregação. Seu relacionamento interpessoal deve ser saudável, evitando a violência, a contenda e a avareza, mas sendo cordato, pacífico e hospitaleiro, promovendo harmonia e acolhimento. Além de ser respeitado(a) dentro da igreja, deve ter uma boa reputação perante a sociedade, garantindo um bom testemunho também entre aqueles que não fazem parte de sua comunidade eclesial. Por fim, deve zelar por sua vida espiritual, abstendo-se de práticas que comprometam seu compromisso com Deus, como o consumo de bebidas alcoólicas e comportamentos que possam levá-lo ao “laço do diabo”. Dessa forma, o ancião(ã) deve representar um modelo de conduta cristã alinhado aos princípios bíblicos e comprometido com o serviço à comunidade (Igreja Adventista do Sétimo Dia, 2016a, p. 199).

MODELO PARA EVANGELISMO EM CIDADES

Segundo Reimer e Faix (2015), a perspectiva de Deus para a igreja é que ela atue como uma entidade missionária, fundamentada em 2 Coríntios 5:18, que destaca o desejo de Deus de reconciliar-se com o mundo e fazer discípulos que reconheçam Sua soberania e aprendam a viver de forma correta. A compreensão desse processo é considerada uma ciência e envolve quatro níveis que compõem uma estrutura cultural complexa: (1) a cultura material, as coisas que temos; (2) a cultura social, as coisas que fazemos; (3) a cultura cognitiva, as coisas que pensamos; (4) e a cultura religiosa, as coisas que cremos. Assim, os autores supracitados defendem que a cultura religiosa deve liderar as demais.

Assim, no intuito de analisar uma igreja em potencial, Reimer e Faix propõem três etapas: (1) conhecer os dons espirituais por meio de seminários e palestras; (2) identificar os dons, habilidades e competências de cada membro; e, por fim, (3) estabelecer as competências existentes e aplicar esse conhecimento na prática (Reimer; Faix, 2015).

A Igreja Adventista do Sétimo Dia, de acordo com suas crenças fundamentais, foi chamada a proclamar o evangelho mundialmente (Igreja Adventista do Sétimo Dia, 2016a). Essa missão resultou em mais de 700 planos para evangelizar o mundo (Jiménez, 2020). O impulso para a pregação do evangelho se origina na ordem de Jesus durante sua ascensão: “Ide por todo mundo e pregai o evangelho a toda criatura” (Mc 16:15), reforçada em Apocalipse 14:6, que fala de um anjo com um evangelho eterno a ser pregado a todas as nações.

A preocupação com a evangelização existiu desde o período dos apóstolos até o terceiro século da era cristã, mas diminuiu quando o cristianismo se tornou a religião oficial do Estado. Segundo Sturz (2015), Martinho Lutero era contra as missões, acreditando que a pregação do evangelho já havia sido realizada pelos apóstolos. Earle E.

Cairns (2015) ainda destaca que a reforma protestante se espalhou na Europa através do apoio de poderes políticos, não por esforços missionários. Deste modo, a pregação do evangelho foi sendo adaptada, de acordo com as transformações sociais. Essas mudanças são descritas por Pereima (2014, p. 274):

Uma das grandes transformações estruturais observadas na economia e nas sociedades no século XX é o surgimento de grandes cidades. A mudança é tal que a população rural no mundo, que em 1950 era de 70%, terá se transformado em 30% em 2050. A grande mudança demográfica do século XX e início do século XXI está concentrada nos países em desenvolvimento, que combinam grandes fluxos migratórios campo-cidade com elevadas taxas de crescimento populacional [...] A urbanização, cujo reflexo é a emergência de grandes cidades com densidades populacionais elevadas, é uma tendência mundial.

No Brasil, por sua vez, as transformações urbanas foram particularmente intensas. A urbanização ocorreu de forma acelerada, com a população urbana passando de 36,1% em 1950 para 84% em 2010 (Pereima, 2014, p. 275). Deste modo, para evangelizar nas grandes cidades, é essencial conhecê-las profundamente, entendendo como as pessoas vivem, moram e interagem em seu cotidiano, o que se aplica também a áreas rurais, onde a tecnologia já está presente (Reimer; Faix, 2015).

Entre os métodos utilizados para evangelizar centros urbanos, destacam-se: evangelismo público (Abdala, 2013), evangelismo médico (White, 2015), distribuição ou venda de literatura (Jiménez, 2020), pequenos grupos (Torres, 2007) e plantio de igrejas (Stetzer, 2015). Esses métodos refletem a necessidade de uma abordagem diversificada e contextualizada para atingir eficazmente a população urbana.

As igrejas adventistas podem desempenhar um papel ativo na melhoria das comunidades, especialmente ao aumentar a qualidade de vida de pessoas que se sentem excluídas e desfavorecidas. Mesmo uma igreja com estrutura limitada pode ter um impacto mais significativo do que os melhores sistemas de saúde (Blome; Nelson; Vlugt, 2007). Segundo Solari-Twadell e McDermott (2006), instituições como o lar, a escola, a igreja, o local de trabalho e o sistema de saúde pública têm o potencial de implementar cuidados de saúde. Nesse sentido, as igrejas, em particular, são vistas como espaços privilegiados, devendo reconhecer seu papel importante na promoção da saúde física e mental de seus membros e da comunidade ao redor.

Tradicionalmente, a igreja era vista como um espaço de cura espiritual, mas essa percepção está mudando. A ênfase agora é mais holística, reconhecendo que as comunidades têm uma responsabilidade importante nesse cuidado. Profissionais da saúde também têm uma missão médica e moral de colaborar com a comunidade, promovendo medidas preventivas que atendam às necessidades individuais de saúde (Johnson, 2013). Assim, um modelo ideal para o evangelismo em uma cidade é sugerido por

autores que propõem a integração de três agências: evangelismo da literatura, ministério do evangelho e departamento de saúde (Mcauliffe; Mcauliffe, 2017).

ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis continuam a representar um desafio significativo para a saúde global. Em 2021, cerca de 41 milhões de pessoas morreram anualmente em decorrência de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. E ainda, cerca de 17 milhões dessas mortes ocorreram antes dos 70 anos, evidenciando que muitas delas são evitáveis.

A OMS enfatiza a importância de políticas de saúde pública que abordem fatores de risco como tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada e uso nocivo do álcool. As intervenções eficazes incluem a promoção de estilos de vida saudáveis e o fortalecimento dos sistemas de saúde para a prevenção e o manejo dessas doenças (Organização Mundial da Saúde, 2021). Neste contexto, as doenças crônicas continuam a ser a principal causa de mortalidade no mundo, superando mortes decorrentes de guerras, criminalidade e acidentes de trânsito. No Brasil, com uma população de aproximadamente 213 milhões de habitantes, cerca de 1,1 milhão de mortes anuais são atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis, representando cerca de 75% das mortes totais no país. O risco de morte prematura por elas são de aproximadamente 15% (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Embora o Brasil enfrente desafios como a falta de saneamento básico que impacta parte da população, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm se mostrado mais prevalentes, mesmo nas camadas sociais mais baixas. Essa realidade está em linha com as metas estabelecidas pela OMS, para a década de 2015 a 2025, que visam reduzir a carga das doenças crônicas não transmissíveis e melhorar a qualidade de vida. As nove metas globais relativas incluem a redução da mortalidade prematura, a promoção de estilos de vida saudáveis e a melhoria do acesso a serviços de saúde adequados (Malta, 2013).

1. Redução relativa da mortalidade geral por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou pelas doenças respiratórias crônicas em 25%;
2. Redução relativa do uso nocivo do álcool em pelo menos 10%, conforme o caso, no contexto nacional;
3. Redução relativa da prevalência de atividade física insuficiente em 10%.
4. Redução relativa da média populacional de ingestão de sal ou sódio em 30%;
5. Redução relativa da prevalência do consumo atual de tabaco em 30%, em pessoas com 15 anos ou mais;

6. Redução relativa de 25% na prevalência de hipertensão, ou contenção da prevalência de hipertensão, dependendo das circunstâncias do país;
7. Impedir o aumento da diabetes e da obesidade;
8. Tratamento farmacológico e aconselhamento (incluindo o controle glicêmico) de pelo menos 50% das pessoas que o necessitam para prevenir ataques cardíacos e acidentes cerebrovasculares;
9. 80% de disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais, incluídos os genéricos, necessários para tratar as principais doenças crônicas não transmissíveis, acessíveis em centros públicos e privados.

Dessas nove metas, apenas duas guardam relação com o tratamento medicamentoso. As demais estão, direta ou indiretamente, ligadas a aspectos comportamentais relacionados ao estilo de vida adotado. A expectativa de vida no início do século passado era em torno de 50 anos, e as principais causas de morte incluíam pneumonia, tuberculose, diarreia, doença cardíaca, AVC, doença renal, acidentes, câncer, senilidade e difteria. Com a descoberta dos antibióticos, muitas dessas enfermidades foram controladas. Atualmente, cerca de 110 anos depois, as 10 principais causas de morte são: doença cardíaca, câncer, doença pulmonar crônica, AVC, acidentes, Alzheimer, diabetes, doença renal, gripe/pneumonia e suicídio (Organização Mundial de Saúde, 2021).

Em um estudo sobre estilo de vida e suas relações com osteoporose, os autores concluíram que há necessidade de programas de incentivo nessa área para minimizar os danos que as doenças crônicas não transmissíveis acarretam as populações, principalmente os idosos (Porto *et al.*, 2016).

Ainda, segundo Brevidegli (2017), o estilo de vida deve ser incentivado nas políticas públicas para diminuir esses fatores de risco às doenças crônicas não transmissíveis:

O incentivo a um estilo de vida saudável é hoje um dos desafios de profissionais de saúde, gestores e autoridades públicas e privadas. Com as recentes políticas públicas voltadas a promoção da saúde no Brasil houve avanços consideráveis nessa área, como atestam a evolução dos dados de inquéritos populacionais. No entanto, é necessário maior incentivo à participação de instituições privadas e não governamentais para a capacitação de profissionais de saúde para lidar com esses desafios de forma a compreender os determinantes dos comportamentos de risco à saúde e ser capaz de interferir sobre estes (Brevidegli, 2017, p. 615).

Estudos de Buettner (2018) com os grupos mais longevos do mundo identificaram que certos aspectos do estilo de vida contribuem significativamente para uma vida longa e saudável. Dentre essas características estão a estabilidade familiar, a não utilização de tabaco, uma dieta baseada em plantas, a prática regular de atividades físicas e o envolvimento social.

Essas ações, embora simples, como uma alimentação mais natural e exercícios físicos moderados, podem reduzir as alarmantes estatísticas de mortalidade por doenças crônicas (Brasil, 2015). A Política Nacional de Promoção da Saúde, em um documento divulgado em 2017, destacou temas prioritários para a melhoria da saúde da população, incluindo educação permanente, alimentação saudável, práticas corporais, combate ao uso do tabaco e álcool, promoção da mobilidade segura, cultura da paz e desenvolvimento sustentável (Brasil, 2017).

OITO REMÉDIOS NATURAIS

Os adventistas do sétimo dia desenvolveram um conceito filosófico que relaciona saúde e espiritualidade, com base nas instruções de Ellen G. White. Ela enfatizou que o estilo de vida dos membros deveria ser orientado por princípios naturais e preventivos, utilizando recursos como sol, ar, água e uma alimentação saudável, além de promover atividades físicas, repouso, temperança e confiança no poder divino (White, 2017, p. 47). Esse conjunto de diretrizes é conhecido como “Oito Remédios Naturais” e visa promover um estilo de vida saudável. Eles influenciam a saúde de várias formas. No que se refere à nutrição, as últimas três décadas mostraram uma mudança nos padrões alimentares da população urbana, com aumento no consumo de açúcar, gorduras saturadas e proteínas de origem animal, o que está ligado à morte prematura de muitas pessoas. Estudos como o de Mondini e Monteiro (1994) indicam que dietas ricas em legumes, verduras e frutas cítricas estão associadas a uma menor incidência de alguns tipos de câncer, incluindo pulmão, cólon, esôfago e estômago.

EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR

É de muito tempo que se sabe da importância da atividade física regular para o bem-estar físico e mental. É possível verificar empiricamente, com experiências de curto prazo, a melhoria no desempenho físico, emocional e intelectual quando se passa de um estado de sedentarismo para a prática regular de atividades físicas. Esses fatores são multicausais e o sedentarismo aparece como fator determinante de agravos à saúde (Chaves; Balassiano; Araújo, 2016; Krug *et al.*, 2015).

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Um dos mais imprescindíveis elementos para um estilo de vida saudável consiste na escolha e utilização de alimentos que promovam o consumo de vitaminas e proteínas necessárias para a nossa subsistência. É necessário corrigir nosso padrão alimentar, de forma a priorizar fontes mais naturais, de preferência leguminosas e verduras, preterindo alimentos de origem animal e, especialmente, ultraprocessados. Tais elementos

contribuem para a redução da mortalidade por doenças que podem ser prevenidas através da adoção de um estilo de vida saudável quanto à alimentação (Brasil, 2015).

ÁGUA

Como principal veículo de transporte de substâncias essenciais ao corpo humano, a água, quando consumida em quantidades adequadas, atua na prevenção e tratamento de doenças (Espinosa-Monteiro *et al.*, 2016).

LUZ SOLAR

A luz do sol é fundamental para sintetização da vitamina D, o que favorece outros processos essenciais no corpo humano. Os raios solares, ao incidirem sobre a pele, se tornam uma das principais formas de sintetizar vitamina D no organismo humano. Isso se dá por fatores endógenos nos tecidos cutâneos após a exposição à radiação ultravioleta B (Rezende; Moraes; Moraes, 2015).

TEMPERANÇA/ABSTINÊNCIA

Muitos são os elementos que possuem potencial viciante. Há indivíduos com mais ou menos predisposição para o vício. No entanto, em se tratando de qualidade de vida, a melhor resposta que se pode dar para drogas, em geral, é a abstinência. O termo moderação, muitas vezes usado em relação ao consumo de álcool, bebidas energéticas e tabaco, é apropriado apenas quando se refere àqueles elementos que trazem algum benefício, tais como: luz solar, alimentos em geral e água. O uso moderado de elementos benéficos à vida contribui para o bem-estar e resulta em saúde (Figueiredo *et al.*, 2016; Olivares *et al.*, 2017).

AR PURO

Tão essencial quanto a qualidade da água a ser ingerida, o ar deve ser frequentemente renovado, pois de sua qualidade depende parte da saúde. Sendo assim, criar ambientes onde o ar circule diariamente é uma medida que contribui para o bem-estar físico e mental (Eze *et al.*, 2016; Souza, 2014).

DESCANSO/SONO

A necessidade de repouso entre períodos de atividade se nota em cada sistema do organismo humano. O sono é um fenômeno fisiológico e essencial para a sobrevivência.

Sua principal função é restaurar o corpo e a mente, destacando-se também sua função de permitir o processamento dos vários tipos de memória (Circadian Rhythm, 2018). O período de sono diário é vital para a saúde do corpo, no entanto, de acordo com White (2017), o termo descanso abrange mais que isso. Requer um dia de pausa semanal para repouso e até férias anuais.

CONFIANÇA EM DEUS

Diante das adversidades, estresse e insegurança, pessoas que desenvolvem confiança em uma entidade superior tendem a experimentar maior bem-estar emocional e recursos adicionais para enfrentar desafios. Koenig (2015), Santos e Abdala (2014), e Abdala *et al.* (2015) destacam que a religiosidade, um fenômeno anoso, está ganhando atenção científica como aliada em processos de cura, incluindo tratamentos oncológicos. Os autores afirmam que a aproximação com esse Ser Superior, percebido como controlador das dificuldades da vida, pode gerar uma sensação de esperança e a expectativa de um futuro mais positivo.

SAÚDE FÍSICA E MENTAL

A saúde física e mental autorreferida é um importante indicador do estilo de vida. Em uma pesquisa com 1.432 idosos em Campinas/SP, aqueles que avaliaram sua saúde como “excelente/muito boa” apresentaram comportamentos saudáveis, como o consumo de frutas e verduras, prática regular de atividade física e ausência de obesidade (Borim; Barros; Neri, 2012). O valor preditivo dessa variável é significativo, influenciando a mortalidade da população. Sua avaliação é frequentemente utilizada em pesquisas, pois reflete a opinião pessoal e o contexto cultural do indivíduo (Schnittker; Back, 2014).

JUSTIFICATIVA

Cuidar da saúde por meios naturais é essencial para fortalecer a fé e compreender verdades bíblicas. As comunidades de fé, conforme Webber (2012, citado por Serafim, Martes; Rodriguez, 2012), desempenham um papel crucial na coesão social e apresentam características diversas, frequentemente ligadas ao tipo de liderança que possuem. Caracterizar essas lideranças é importante, pois pode ajudar a identificar modelos que contribuam para ações promotoras de saúde (Faria; Meneghetti, 2011). Essas iniciativas podem enfrentar os males associados ao estilo de vida contemporâneo.

Nesse contexto, este projeto se torna ainda mais relevante ao propor avaliar se a liderança das comunidades de fé que são orientadas a adotarem um estilo de vida mais saudável, conseqüentemente, apresentariam melhor saúde mental e física autorreferidas. Atualizada em 2022, a nova Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reforça a importância do envolvimento de todos os setores da sociedade para

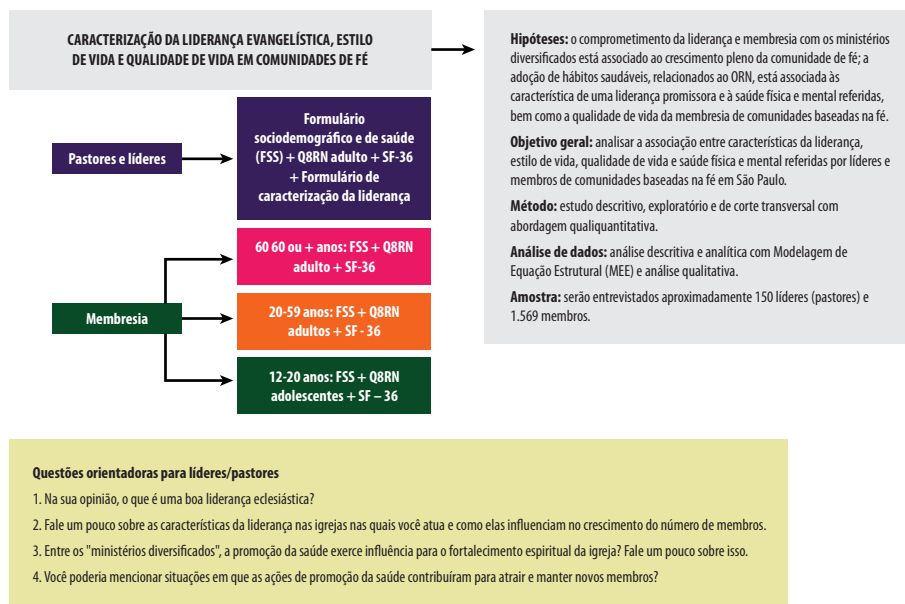
promover a saúde e o bem-estar da população. Essa política enfatiza o empoderamento dos indivíduos, incentivando a participação ativa na melhoria da qualidade de vida. Além disso, busca integrar ações intersetoriais que abordem determinantes sociais da saúde, como educação, trabalho, meio ambiente e cultura.

O documento destaca a necessidade de estratégias que fomentem a equidade e a inclusão, priorizando grupos vulneráveis e a promoção de ambientes saudáveis. O foco está na capacitação de comunidades para identificar e enfrentar problemas de saúde, garantindo que as ações sejam mais eficazes e sustentáveis, ao longo do tempo. Dessa forma, a nova PNPS visa fortalecer a capacidade dos setores sociais de atuarem coletivamente na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

MÉTODOS

Este estudo configura-se como parte de um projeto proposto pelo grupo de pesquisa REIS. Foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp), conforme desenho metodológico apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Desenho metodológico do estudo



Fonte: Elaborado pelos autores.

TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, exploratório, de corte transversal com abordagem quantitativa, caracterizado pelo emprego da quantificação na coleta de informações e no tratamento estatístico (Trigueiro, 2014). Buscou descrever os perfis de liderança de líderes eclesiásticos, identificar o estilo de vida por eles adotado e classificar os níveis de saúde física e mental que referem. Utilizou-se uma amostra não probabilística de líderes eclesiásticos de comunidades de fé atuantes em algumas regiões do Estado de São Paulo, com idade de 18 anos ou mais, exercendo a função há mais de dois anos.

INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de um formulário semiestruturado, contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, cor da pele referida, escolaridade e “há quanto tempo é religioso”. Foi perguntado também sobre a saúde física e mental autorreferidas, com as seguintes opções de resposta: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim.

As características da liderança eclesiástica foram coletadas por meio de um formulário sobre caracterização das comunidades de fé adventistas no estado de São Paulo. Esse instrumento foi adaptado a partir do modelo aplicado por Pires (2018) em sua tese doutoral sobre desenvolvimento histórico e fatores de crescimento da IASD, em Belo Horizonte/MG.

O estilo de vida foi investigado por meio do *Questionário Oito Remédios Naturais* (Q8RN) (Anexo A), construído e validado pelo grupo de pesquisa REIS (Abdala *et al.*, 2018), vinculado ao Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). O Q8RN tem o objetivo de analisar a adesão das pessoas aos Oito Remédios Naturais. O questionário é composto por oito domínios que correspondem aos Oito Remédios Naturais com 22 itens e/ou questões. Os *scores* para cada domínio foram calculados com base no número de itens que se apresentam. Utilizou-se a escala de Likert para cada questão (zero a quatro pontos em ordem crescente) exceto os itens 11, 12, 13 e 14 do domínio 5 (Temperança) que são dicotômicos (0 ou 4). O ponto de corte foi a média, baseado no número de questões e o parâmetro estava entre os valores mínimos e máximos.

O score total do Q8RN é calculado pela somatória dos pontos atribuídos a cada item, ou seja, cada questão pontua de zero (0) a quatro (4), totalizando 88 pontos nas 22 questões. A classificação do estilo de vida com base nos 8 remédios naturais é: 0 – 25, insuficiente; 26 – 44, regular; 45 – 58, bom; 59 – 73, muito bom; e 74 – 88, excelente.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com os pastores que contemplaram os critérios de inclusão, abordados nas comunidades de fé em que atuam e/ou em eventos promovidos pela mantenedora da IASD. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os dados sociodemográficos foram coletados por meio de um formulário. Para tanto, eles preencheram um formulário sobre a caracterização da liderança e responderam um questionário sobre estilo de vida Q8RN (Anexo A).

ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se uma análise descritiva e analítica, utilizando o programa PSPP, versão grátis do *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) para tabular os dados referentes à caracterização da liderança e ao perfil do estilo de vida dos participantes desta pesquisa. Para a análise de associação foi aplicada uma correlação de *Rho* de Spearman na qual se investigou a relação entre a caracterização da liderança eclesial, o estilo de vida e a saúde física e mental desses líderes das comunidades de fé.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi autorizado pela instituição responsável pelas IASD que sediaram a pesquisa, com carta de aprovação e enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo CEP/Unasp/SP. O protocolo do estudo foi elaborado segundo as recomendações da Resolução 466/12 divulgado pelo Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, e em conformidade com a Declaração de Helsinque (Brasil, 2013).

A coleta de dados foi realizada após os procedimentos éticos formais, sendo apresentado o TCLE e colocado em discussão para esclarecimento de eventuais dúvidas dos participantes. A concordância deles em participarem da pesquisa foi formalizada por meio do aceite em responder aos formulários e questionários (Anexo 1). Os riscos se restringiram a eventuais desconfortos em responder as questões relacionadas à prática da liderança eclesial, aplicadas aos pastores, e ao tempo despendido para responderem aos questionários. Foi garantido ao participante o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento caso se sentisse constrangido ou desconfortável com a condução da pesquisa.

RESULTADOS

Como resultado dessa pesquisa, foi possível inquirir 42 líderes eclesialistas das comunidades de fé adventistas no estado de São Paulo. Foi aplicado os questionários

de estilo de vida Q8RN e dos dados sociodemográficos, como também o formulário sobre caracterização da liderança eclesiástica das comunidades de fé adventistas no estado de São Paulo.

CARACTERIZAÇÃO DA LIDERANÇA ECLESIASTICA

Os participantes desse estudo eram todos homens com idade média de 45,7 anos (DP=9,9), como mostra a Tabela 1. A média de anos em que os mesmos fazem parte da comunidade ASD foi de 34,6 anos (DP=14,2). O tempo médio de pastorado foi de 17,33 anos (DP=10,6), sendo que o menor tempo foi de dois anos e o maior tempo de 38 anos. Quanto à cor da pele referida, 42,9% relataram branca, 38,1% parda e 19,1% preta.

A cor da pele desses líderes religiosos acompanha a porcentagem da população brasileira que, segundo o censo levantado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), é composta por 44,2% de brancos, 46,7% de pardos e 8,2% de pretos (IBGE, 2021). A totalidade do grupo pesquisado possui curso superior completo, o que era esperado, já que IASD exige que os seus líderes sejam graduados em teologia (*Manual de Educação Ministerial e Teológica Adventista do Sétimo Dia*, 2017). A maioria deles (69,5%) também possui pós-graduação.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional da liderança eclesiástica de comunidades de fé ASD no Estado de São Paulo – São Paulo, 2020.

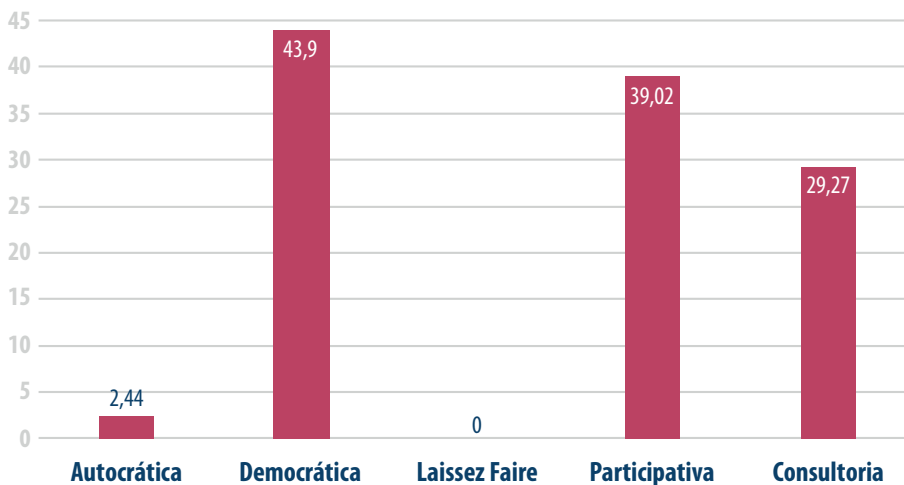
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO (DP)	mínimo	máximo
Idade	45,7	9,9	29	63
Tempo de religião (em anos)	34,6	14,2	16,0	63,0
Tempo de pastorado (em anos)	17,3	10,6	2,0	38,0
Sexo	N	%	–	–
Masculino	42	100	–	–
Cor da pele	N	%	–	–
Branca	18	42,9	–	–
Parda	16	38,1	–	–

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO (DP)	mínimo	máximo
Preta	8	19,0	–	–
Total	42	100,0	–	–
Escolaridade	N	%	–	–
Superior completo	13	30,9	–	–
Pós-graduação	29	69,1	–	–
Total	42	100,0	–	–

Fonte: Elaborado pelos autores.

Observou-se no presente estudo, ao classificar os tipos de liderança, que a liderança “democrática” predomina (42,8%), seguida da “participativa” (38,1%) e por último a de “consultoria” (28,6%) (Figura 2).

Figura 2 – Classificação dos tipos de liderança exercida pelos líderes eclesiais – São Paulo, 2020



Fonte: Elaborado pelos autores

A média do score total do Q8RN dos participantes foi de 64,4 (DP= 8,5). O peso médio dos participantes é de 82,8 kg (DP= 19,2), sendo que o de menor peso tem 52 kg e o de maior tem 156 kg. A altura média dos mesmos é de 1,77 metros (DP= 0,87) e a média de IMC (Índice de Massa Corporal) para esse grupo foi de 26,2 (DP= 4,9) (Tabela 2).

Tabela 2 – Informações biométricas e score total do Q8RN (n= 42)

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO (DP)	mínimo	máximo
score total Q8RN	64,4	8,5	48,0	87,0
Peso	82,8	19,2	52	156
Altura	1,77	0,87	1,60	1,93
IMC	26,2	4,9	18,7	41,9

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Tabela 3 apresenta as médias do score do Q8RN por dimensão. A análise destas dimensões indica que, entre os índices mais baixos, estão o “descanso”, o “ar puro” e a “água”, sendo 4,0, 4,2 e 4,6 respectivamente (amplitude de 0-8). Em seguida está a dimensão luz solar, que também apresentou um score de 5,9. Mesmo as dimensões “exercício” (7,4) e “nutrição” (7,8), que são amplamente divulgadas como sendo essenciais para um estilo de vida saudável, também não tiveram uma alta pontuação.

Os índices mais altos foram confiança em Deus com 15,5, o que já era de se esperar, pois se trata de líderes religiosos e temperança com 15,0. É curioso o fato de a dimensão “temperança” ter tido um indicador tão elevado e os índices dos outros remédios naturais, que são uma comprovação da temperança, terem sido baixos. Infere-se que, talvez, os participantes estivessem associando a temperança ao uso de bebidas, fumo e drogas.

Tabela 3 – Distribuição da média, desvio padrão, mínimo e máximo das dimensões do Questionário 8 Remédios Naturais – São Paulo, 2020.

DIMENSÕES DO Q8RN	MÉDIA	DESvio PADRÃO	mínimo	mÁXIMO
Nutrição	7,8	2,4	2,0	12,0
Exercício	7,4	3,5	0,0	12,0
Água	4,6	1,8	2,0	8,0
Luz Solar	5,9	1,6	1,0	8,0
Temperança	15,0	1,8	12,0	16,0
Ar puro	4,2	1,9	0,0	8,0
Descanso	4,0	1,8	0,0	8,0
Confiança em Deus	15,5	1,1	12,0	16,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os participantes também foram questionados quanto a sua saúde física e mental, como pode ser visto na Tabelas 4 e 5. Nessa autoavaliação, 47,62% dos participantes alegaram ter saúde física “muito boa” e 42,9% “boa”. Quanto a saúde mental, 57,5% a consideram “muito boa” e 40% “boa” (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4 – Saúde física referida pelos participantes – São Paulo, 2020.

SAÚDE FÍSICA	n	%
Muito boa	20	47,6
Boa	18	42,9
Regular	04	9,5
Total	42	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 5 – Saúde mental referida pelos participantes – São Paulo, 2020.

SAÚDE MENTAL	n	%
Muito boa	23	57,5
Boa	16	40,0
Regular	1	2,5
Total	38	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES DE FÉ

As comunidades de fé possuem características que variam muito de uma para outra. Por exemplo, possuem de 30 membros cadastrados até 4.093, perfazendo uma média de 679 (DP=746) pessoas por comunidade de fé. Cada igreja tem uma média de 64,08 (DP=100,1) membros considerados missionários ativos. A média de plantio de novas igrejas é de 1,8 (DP= 0,6). Os pequenos grupos – método de evangelismo que também é usado por essas comunidades de fé – apresentaram uma média de 8 (DP= 6,5) por igreja.

Tabela 6 – Caracterização das comunidades de fé segundo o número de membros, novas igrejas e pequenos grupos – São Paulo, 2020.

VARIÁVEIS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	mínimo	máximo
Membros cadastrados	679,0	746,1	30,0	4.093,0
Membros “inativos”	216,9	284,8	10,0	1.680,0
Membros “ativos”	64,1	100,1	4,0	473,0
Novas igrejas plantadas	1,8	0,6	1,0	3,0
Pequenos grupos	8,0	6,5	1,0	30,0

Fonte: Elaborada pelos autores (2020)

Os departamentos e grupos de ações evangelísticas mais comuns nas comunidades de fé, em ordem crescente, são: Desbravadores, com 97,6%; Aventureiros 95,1%; Ministério Jovem, presente em 80,5% das igrejas; grupos musicais, com 70,7%; grupos de oração, presentes em 65%; classes de discipulado, 55%; e ministérios especiais como idosos, motociclistas, Anjos do Metrô, Ministério das Possibilidades para pessoas com deficiência), entre outros estão presentes em 42,5% das igrejas pesquisadas (Tabela 7).

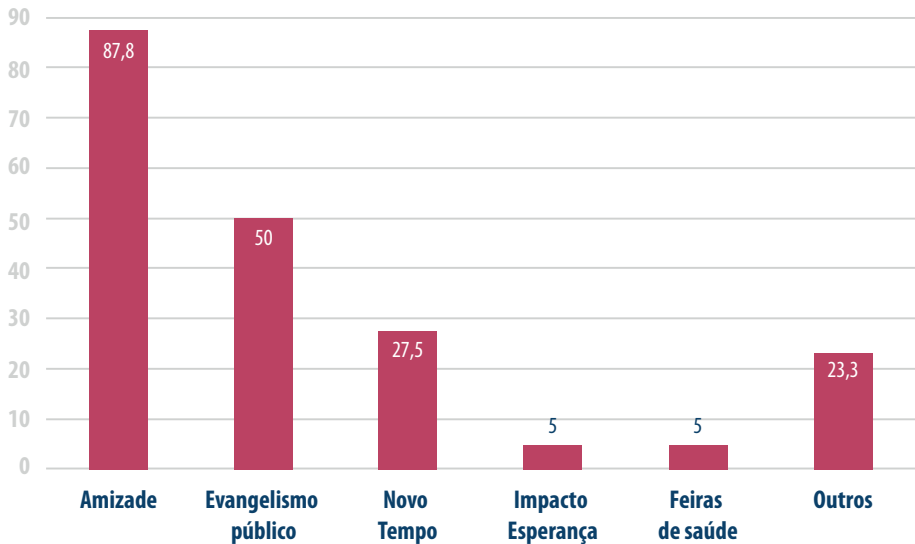
Tabela 7 – Ministérios existentes nas comunidades de fé – São Paulo, 2020.

MINISTÉRIOS	n	%
Desbravadores	40	97,6
Aventureiros	39	95,1
Grupos musicais	29	70,7
Classes de discipulado	22	55,0
Grupos de oração	26	65,0
Grupos de jovens	33	80,5
Ministérios especiais (Idosos, Motociclistas, Anjos do Metrô, Chá nos lares, Missão IDE), Cegos, Surdos, Igreja sem Fronteira etc).	17	42,5

Fonte: Elaborada pelos autores (2020)

Os líderes também foram questionados quanto aos fatores que influenciam na incorporação de novos membros à comunidade. Como pode ser visto na Figura 3, a amizade é um fator fortemente influenciador (87,8%); em seguida o evangelismo público (50%). Observou-se que apenas 5% dos líderes atribuíram às feiras de saúde um papel importante nesse processo (Figura 3).

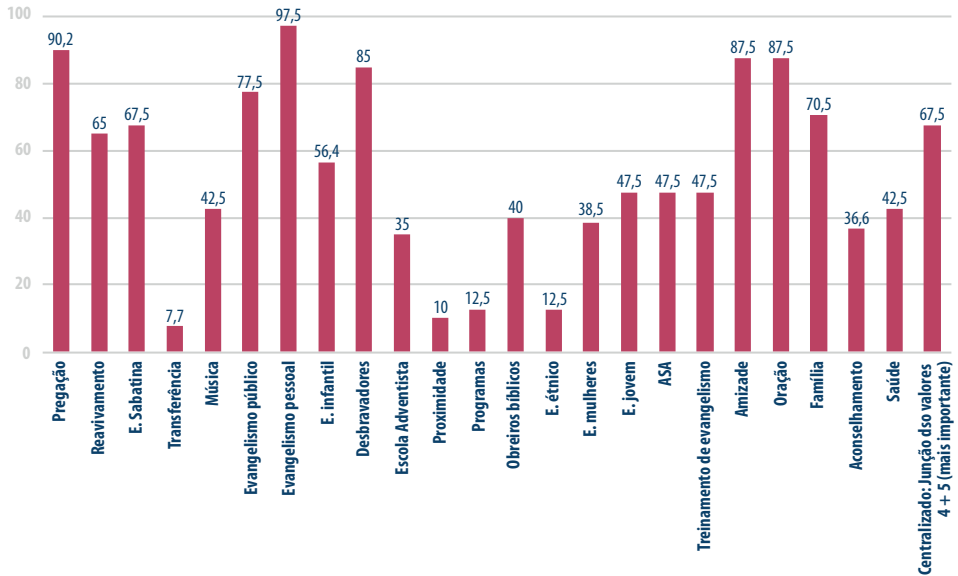
Figura 3 – Fatores influenciadores na incorporação de novos membros nas comunidades de fé, segundo seus líderes – São Paulo, 2020



Fonte: Elaborado pelos autores

Semelhante à Figura 3, a Figura 4 amplia o olhar para os ministérios diversificados e o quanto cada um deles contribui para um crescimento da membresia. Observou-se, nesse tópico, que a saúde é considerada como um fator para o crescimento da comunidade por 40% dos participantes, que apontou esse fator como um possível contribuinte para o crescimento do número de membros (Figura 4).

Figura 4 – Razões para o crescimento da membresia nas comunidades de fé, segundo seus líderes – São Paulo, 2020



Fonte: Elaborado pelos autores

ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES DE FÉ E DO PASTOR COM O ESTILO DE VIDA E A SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Ao associar algumas variáveis relacionadas às características das comunidades de fé e de seus líderes e o estilo de vida, encontrou-se que somente a saúde mental foi associada ao estilo de vida por meio do Q8RN, ou seja, quanto melhor o estilo de vida, melhor a saúde mental desses líderes. Existe uma correlação fraca, porém estatisticamente significativa ($\rho = 0,25$; $p = 0,03$) (Tabela 7). As demais variáveis (idade, saúde física, tempo de religião, tempo de pastorado, igrejas estabelecidas e membros ativos) apresentaram correlações “fracas”, porém não significantes (Tabela 7).

Tabela 8 – Associação entre características da liderança, saúde física e mental e o estilo de vida (Q8RN) dos participantes – São Paulo, 2020.

	Q8RN – SCORE TOTAL DOS PARTICIPANTES	
	RHO DE SPEARMAN	VALOR DE ρ
Idade do pastor	0,29	0,723
Tempo de religião	0,29	0,060
Saúde física	0,34	0,192
Saúde mental	0,25	0,03
Tempo de pastorado	0,29	0,375
Igrejas plantadas	0,32	0,599
Membros ativos	0,14	0,100

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

O estudo revelou que os líderes eclesiais tendem a adotar estilos de liderança democrática, participativa e de consultoria, permitindo que os membros expressem suas opiniões e se sintam parte das comunidades de fé (Norton, 2018). A média de estilo de vida saudável dos entrevistados foi de 64,4, classificada como “muito boa”, seguindo a escala que varia de insuficiente a excelente. Resultados similares foram encontrados em pesquisa anterior de Viana (2012), que também indicou um estilo de vida “muito bom” entre líderes da mesma denominação, com longevidade média em torno de 85 anos.

Contudo, os líderes apresentaram sobrepeso, com índices que superam os limites normais, já que o Ministério da Saúde considera sobrepeso um índice entre 25 e 30 (Ministério da Saúde, 2021). Esse cenário é corroborado por Azevedo (2019), que indicou que 60% dos pastores protestantes também estão com sobrepeso, refletindo uma tendência similar à da população brasileira, cuja taxa de sobrepeso é de 57,25% (IBGE, 2021). Já outros pesquisadores em Chicago, USA, observaram que os membros de grupos religiosos que são mais assíduos, têm maior probabilidade de se tornarem obesos (Feinstein *et al.*, 2012), controvérsia para uma futura investigação.

Os participantes da pesquisa apresentaram baixos scores nas dimensões do Q8RN, especialmente em descanso, ar puro e água, evidenciando que o descanso é frequentemente negligenciado. A redução do tempo de sono é preocupante, com

uma diminuição média de duas horas nas últimas quatro décadas, e o número de pessoas dormindo menos de 7 horas subindo de 15,6% para 37,1% (Crispim, 2007). Esse baixo score em descanso é coerente com estudos que mostram a carga excessiva de trabalho entre líderes religiosos (Mendes, 2006).

Além disso, a conscientização sobre a poluição do ar em ambientes fechados é crucial, já que gases, componentes químicos e a queima de velas podem comprometer a qualidade do ar (Smielowska *et al.*, 2017). Afinal de contas, um ar puro é essencial para reduzir riscos à saúde e melhorar condições de trabalho e repouso (Portes, 2019). No que se refere à ingestão de água, é vital que os líderes religiosos promovam hábitos de hidratação adequados, pois a água é essencial para a saúde e prevenção de doenças (Alfieri, 2019).

Além disso, a pesquisa revelou que a dimensão luz solar teve score ligeiramente acima da média, destacando sua importância na síntese de vitamina D. Níveis insuficientes de vitamina D estão associados a riscos elevados de várias patologias, como doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes (Pereira, Tavares, Cardoso, 2019).

Embora as dimensões exercício e nutrição sejam frequentemente destacadas em discussões sobre estilo de vida saudável, seus scores foram baixos, evidenciando a relação com a pandemia da obesidade. Ainda assim, as comunidades de fé podem desempenhar um papel importante em apoiar programas de emagrecimento para grupos em alto risco (Maynard, 2017).

As dimensões com melhores pontuações foram confiança em Deus e temperança, a última devido à prática de evitar substâncias nocivas, como álcool e drogas. A capacitação de líderes religiosos é crucial para ajudar os membros a enfrentar esses desafios (Hachett *et al.*, 2011). Além disso, a doutrina dessa comunidade enfatiza a importância de cuidar do corpo como templo do Espírito Santo (1Co 6:19) e a prática dos Oito Remédios da natureza (Associação Ministerial da Associação Geral da Igreja Adventista do Sétimo Dia, 2018).

A saúde mental referida foi considerada muito boa por mais da metade dos entrevistados (57,5%), o que vai na direção oposta de outras pesquisas realizadas com diferentes grupos religiosos. Estudo feito por Neto (1996), com 207 ministros de diversas comunidades de fé, detectou que 47% apresentaram algum transtorno mental durante a vida e 12,5% no mês precedente à entrevista. Embora a fonte citada seja antiga, a revisão de literatura sobre o tema constatou que esses índices se mostraram elevados ao longo do tempo (Azevedo, 2019).

Como responsáveis pelas comunidades de fé, os líderes religiosos exercem considerável influência sobre seus membros em todos os aspectos, inclusive em relação ao estilo de vida adotado. Entretanto, a liderança pode afetar positiva ou negativamente esse trabalho feito pelos grupos de saúde em cada comunidade de fé. (Gross *et al.*, 2018; Carey *et al.*, 2016).

A promoção da saúde, por meio da adoção de um estilo de vida saudável, caracteriza a comunidade de fé envolvida neste estudo, sendo utilizada como uma ferramenta de evangelismo. White, cuja produção literária ocupa lugar de destaque na IASD, orientou que a mensagem de saúde deveria ser a cunha para que o evangelho alcançasse as pessoas de forma mais eficaz. Ela também preconiza que o evangelho da saúde deve estar firmemente associado com o ministério pastoral (White, 2020). Sob esses princípios a pregação do evangelho sempre envolveu temas da saúde como ferramenta evangelística. Dentre essas ferramentas, três têm estado na dianteira: a obra médico missionária; campanhas antitabagismo e feiras vida e saúde.

Entretanto, os resultados apresentados nas Figuras 3 e 4 mostram que a maior parte dos líderes entrevistados não considera os grupos e projetos de saúde como um fator preponderante nas ações de evangelismo e de crescimento do número de membros da comunidade. Os entrevistados destacam a importância do tema saúde para evangelização, mas não colocam como fator de destaque.

Quanto às associações realizadas entre as características das comunidades de fé e o estilo de vida, encontrou-se que quanto melhor o estilo de vida por meio da adesão aos Oito Remédios Naturais, melhor a saúde mental. Observa-se claramente nos estudos publicados que alguns fatores do estilo de vida, apresentados nesse questionário, como a nutrição adequada e a prática de exercícios podem influenciar positivamente na prevenção de doenças psicológicas e psiquiátricas (Zaman, Hankir, Jemni, 2019). Transtornos de saúde mental, como depressão, ansiedade, entre outros, estão presentes na sociedade atual. Nesse cenário, há necessidade de treinar líderes de comunidade de fé para atender adequadamente essa demanda (Jang *et al.*, 2017).

As outras variáveis, relacionadas com a idade do pastor, tempo de religião, saúde física, tempo de pastorado, igrejas estabelecidas, membros ativos e a presença de pequenos grupos apresentaram associações “fracas” com o estilo de vida, e estatisticamente não significantes. Porém, isso não impede que estejam relacionadas. Os líderes eclesiais têm um papel importantíssimo na implementação dos programas de educação em saúde dentro de suas comunidades (Williams *et al.*, 2018).

Em um estudo feito com 127 líderes religiosos israelenses, observou-se que estes podem exercer um papel muito útil em cooperar com os agentes de saúde da comunidade e a encorajar seus membros a terem melhores atitudes em relação a saúde (Cohen-Dar, Obeid, 2017). Em outro estudo com onze pastores de uma igreja afro-americana, esses líderes reconheceram que devem estar envolvidos na incorporação da saúde holística para minimizar riscos de saúde em suas comunidades (Gross *et al.*, 2018). Todavia, esta pesquisa tem limitações, devido a amostra ser pequena em relação à quantidade de igrejas adventistas no Estado de São Paulo e ainda, por ser um estudo de corte transversal, em que não se pode estabelecer uma relação causal, mas apenas de associação.

CONCLUSÃO

A pesquisa revela que apesar de ser uma comunidade de fé que valoriza a saúde e possui princípios claros sobre o tema, os líderes não estão atribuindo a devida importância a um estilo de vida saudável. Embora o *score* total médio dos participantes tenha sido considerado “muito bom”, eles apresentaram deficiências nas dimensões de “descanso”, “ar puro” e “água”, além de uma frequência insuficiente de hábitos alimentares saudáveis e exercícios físicos. O estudo também indicou que os líderes estão com um IMC médio acima do normal, sugerindo sobrepeso.

Outro aspecto da pesquisa é que, a saúde mental dos líderes está associada ao seu estilo de vida: melhores hábitos estão correlacionados a uma saúde mental mais robusta. No entanto, a liderança eclesiástica não dá a devida importância às atividades de saúde no processo de incorporação de novos membros, refletindo um descompasso entre a literatura comunitária e a percepção dos pastores. Apesar disso, 40% consideram a saúde um fator importante para o crescimento sustentável da membresia.

Conclui-se que a prática dos Oito Remédios Naturais precisa ser mais enfatizada entre os líderes. Embora conheçam os princípios de saúde, eles têm dificuldades em aplicá-los integralmente em suas vidas. Ao adotarem esses hábitos, poderão influenciar melhor seus liderados. As comunidades de fé apresentam um alto potencial para promoção da saúde. Por isso, é fundamental que os líderes apoiem e fortaleçam os grupos dedicados a esse ministério.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, E. **Manual para Evangelistas**: estratégias modernas para séries de colheita e plantio de igrejas. Cachoeira: CePLIB, 2013.
- ABDALA, G. A.; KIMURA, M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; SANTOS, B. Religiousness and health-related quality of life of older adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 55, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100240&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 25 mai. 2020.
- ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; ISAYAMA, R. N.; WATAYA, R. S.; RODRIGO, G. T. NINAHUAMAN, M. F. L.; OLIVEIRA, S. L. S. S.; SANTOS S. O. Construction and validation of the eight natural remedies questionnaire – Adventist Lifestyle. **International Journal of Development Research**. v. 8, n. 5, p. 20300-20310, 2018.
- ALFIERI, F. M. Água. In ALFIERI, F. M.; ABDALA, G. A. (org.). **A Ciência dos Oito Remédios Naturais**. Engenheiro Coelho: Unaspres, 2019.

ALSAQQA, H. H.; AKYÜREK, Ç.E. Assessment of organizational culture types, leadership styles and their relationships within governmental and non-governmental hospitals in Gaza Strip of Palestine. **BMC Health Serv Res.** 2021.

AZEVEDO, P. G. Classificação do nível de atividade física entre pastores protestantes através do IPAQ. **Dissertação (Ciências da Religião) - Universidade Presbiteriana Mackenzie**, São Paulo, 2019. Disponível em: <<http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/4141/5/Pedro%20Galoza%20de%20Azevedo.pdf>>. Acesso em: 25 de jan. 21.

BARUFALDI, L. A.; MAGNANINI, M. M. F.; ABREU, G. A., & BLOCH, K. V.. Café da manhã: vinculado a consumo e comportamentos alimentares em adolescentes. **Revista Adolescência e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 7-16, 2015. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/1911/1069>. Acesso em: 25 maio 2020.

BATISTA, L. R. O.; NOVICKI, A.; LEMOS, G. Liderança na Percepção dos Acadêmicos de Administração sob a Óptica do Método de evocação de palavras. **Saber Humano**, v. 7, n.10, 2017. Disponível em: <<https://saberhumano.emnuvens.com.br/sh/article/view/162>>. Acesso em: 27 jun 2020.

BELLOTTI, K. Lidere como Jesus – liderança e autoajuda na mídia evangélica nos Estados Unidos e no Brasil (1980-2010). **Fronteiras: Revista de História**, v.19, n. 34, p. 207-233, 2017. Disponível em: < <https://ojs.ufgd.edu.br/FRONTEIRAS/article/view/7598>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

BLOME, M.; NELSON, T.; VAN DER VLUGT, B. Faith Community Nursing. **Memphis: Church Leadership Resource Manual**, 2007.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 769-780, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/gW4nXJDhwvthwLwgpnBhw9f/>>. Acesso em: 9 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS. Revisão da portaria MS/GM nº 687, 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2015, Disponível em: <http://www.bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

BREVIDELLI, M. M. Fatores de risco para doenças crônicas entre participantes do programa Vivendo com Estilo e Saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 41, n. 4, p. 606-616, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/fatores_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BUETTNER, D. **Zonas Azuis: a solução para comer e Viver como os povos mais saudáveis do planeta**. São Paulo/SP. Editora nVersos. 2018.

BVS. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BVS. **Descritores em Ciências da Saúde**. 2018. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&tree_id=&term=liderança&tree_id=F01.752.609&term=liderança. Acesso em: 07 dez. 2018.

CAREY, L. B.; HODGSON, T. J.; KRIKHELI, L. *et al.* Moral Injury, Spiritual Care and the Role of Chaplains: an exploratory Scoping Review of Literature and Resources. **J Relig Health**. v. 55, p. 1218-1245, 2016. DOI: 10.1007/s10943-016-0231-x.

CAIRNS, E. E. **O cristianismo através dos séculos**. São Paulo, SP, Vida Nova. 2015.

CAMPOLONGO, A. Histórico do curso como deixar de fumar em 5 dias. **Boletim de Temperança da União Central Brasileira**. 2003.

CIRCADIAN RHYTHMS FACT SHEET. **National Institute of General Medical Sciences**. Disponível em <https://www.nigms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/circadian-rhythms.aspx> Acesso em: 11 nov. 2020.

CHAVES, T. O; BALASSIANO, D. H.; ARAÚJO, C. G. S. Influência do hábito de exercício na infância e adolescência na flexibilidade de adultos sedentários. **Rev Bras Med Esporte**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 256-260, 2016. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rbme/a/5HX9wXM7fH69H7TNSF9rLQS/>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

COHEN-DAR, M.; OBEID, S. Islamic Religious Leaders in Israel as Social Agents for Change on Health-Related Issues. **Journal of Religion and Health**, v. 56, p. 2285-2296, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28484932/>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

COLLINS J. **Empresas feitas para vencer**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2018.

CRES, M. R.; ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; TEIXEIRA, C. A.; NINAHUAMAN, M. F. M. L.; MORAES, M. C. L. Religiosidade e Estilo de Vida de uma População Adulta. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 2, p. 240-250, 2015. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rbps/article/view/3596>. Acesso em: 21 mai. 2020.

CRISPIM, C. A.; ZALCMA, I.; DÁTTILO, M.; PADILHA, H. G.; TUFIK, S.; MELLO, M. T. **Relação entre sono e obesidade**: uma revisão da literatura. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 51, n. 7, p. 1041-1049, 2007. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302007000700004>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

DAY, D. V.; ANTONAKIS, J. **The nature of leadership**, 2 ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/285709072_Leadership_Past_present_and_future>. Acesso em: 30 mai. 2018

ESPINOSA-MONTERO, J.; MONTERRUBIO-FLORES, E. A.; SANCHEZ-ESTRADA, M.; BUENDIA-JIMENEZ, I.; LIEBERMAN, H. R.; ALLAERT, FA. *et al.* **Development and Validation of an Instrument to Evaluate Perceived Wellbeing associated with the ingestion of water**: the water ingestion-related wellbeing instrument (WIRWI). *Plos One*, v. 11, n. 7, 2016.

EZE, I. C.; IMBODEN, M.; JUMAR, A.; ECKARDSTEIN, A. V.; STOLZ, D.; GERBASE, MW *et al.* Air pollution and diabetes association: modification by type 2 diabetes genetic risk score. **Environment International**, v. 94, n. p. 263-271, 2016. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/303825927_Air_pollution_and_diabetes_association_Modification_by_type_2_diabetes_genetic_risk_score>. Acesso: 25 jul. 2020.

FALCONI, V. **O verdadeiro poder**: Práticas de gestão que conduzem a resultados extraordinários. Nova Lima, MG: Editora Falconi, 2013.

FARIA, J. H.; MENEGHETTI, F. K. Liderança e Organizações. **Revista de Psicologia**, v. 2 n. 2, p. 93-119, 2011. Disponível em: < <http://periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/92>>. Acesso: 24 mai. 2020.

FARIAS, JR., J. C., LOPES, A. S.; MOTA, J.; HALLAL, P. C. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 505-515, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25 mai. 2020.

FEINSTEIN, M.; LIUA, K.; NINGA, H.; FICHETTC, G.; LLOYD-JONESA, D. M. **Incident obesity and cardiovascular risk factors between young adulthood and middle age by religious involvement**: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743511004634>. Acesso em: 24 jan 2021.

FELDEN, E. P. G.; BARBOSA, D. G.; FERRARI JR. G. J.; ANDRADE, R. D., FILIPIN, D.; PELEGRINI, A.; SILVA, D. A. S. **Padrões de sono e sonolência diurna**: comparação entre adolescentes do interior e da região metropolitana. *Cad. saúde colet.*, Rio

de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 170-177, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000200170&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 maio 2020.

FIGUEIREDO, V. C.; SZKLO, A. S.; COSTA, L. C.; KUSCHNIR, M. C. C.; SILVA, T. L. N.; SZKLO, M. ERICA: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. 1, p. 1-12, 2016.

GOLEMAN, D. **Desafios da liderança**. Rio de Janeiro: Sextante, 2020.

GOMES, S. A. **Medicina Alternativa: a armadilha dourada**. Tatuí, SP: Casa Publicadora Brasileira, 1999.

GOUVEIA, N.; CORRALLO, F. P.; LEON, A. C. P.; JUNGER, W.; FREITAS, C. U. Air pollution and hospitalizations in the largest Brazilian metropolis. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 117, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100299&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2020.

GREENLEAF, R. K. **The servant as leader**. Disponível em: <https://www.greenleaf.org/products-page/the-servant-as-leader/> Acesso em: 11 nov 2020.

GROSS, T. T.; STORY, C. R.; HARVEY, I. S.; ALLSOP, M.; WHITT-GLOVER, M. As a community, we need to be conscious: pastor's perceptions on the health status of the black church and African American Communities. **J. Racial Ethn Health Disparities**. v.5, n. 3, p.570-579, 2018.

GUIA PARA MINISTROS ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA. Tatuí – SP, Casa Publicadora Brasileira. 2010.

Health Education Resource Center. **Manual da Expo Saúde**. Adaptado do Departamento de Saúde da União Portuguesa dos Adventistas do Sétimo Dia. Com permissão do Health Education Resource (HER). Disponível em <https://www.evangelismode-saude.org/Downloads/Manual-Expo-Saude.pdf> Acesso em: 30 mai 2021.

HUDSON, M. **Administrando organizações do terceiro setor: o desafio de administrar sem receita**. São Paulo, SP: Makron Books, 1999, p. XII.

HYBELS, Bill. **Liderança corajosa**. São Paulo, SP: Editora Vida Acadêmica, 2002.

IBGE. População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>. Acesso em: 24 jan 2021.

IBGE. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29204-um-em-cada-quatro-adultos-do-pais-esta-va-obeso-em-2019>. Acesso em: 25 jan 2021.

ASSOCIAÇÃO MINISTERIAL DA ASSOCIAÇÃO GERAL DA IGREJA ADVENTISTA DO SÉTIMO DIA. **Nisto cremos**: as 28 Crenças fundamentais dos adventistas do sétimo dia. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 2016a.

IGREJA ADVENTISTA DO SÉTIMO DIA (IASD). **Manual da Igreja Adventista Do Sétimo Dia**. Tradução Ranieri Sales. 22. ed. Tatuí, SP, Casa Publicadora Brasileira. 2016b.

JANG, Y.; PARK, N. S.; YOON, H.; KO, J. E.; JUNG, H.; CHIRIBOGA, D. A. Mental Health literacy in religious leaders: a qualitative study of Korean American Clergy. **Health Soc Care Community**. v. 25, n. 2, p. 285-393, 2017.

JIMÉNEZ, L. O. **A Última Voz**. O papel profético das publicações no tempo do fim. Tatuí, SP. Casa Publicadora Brasileira, 2020.

JOHNSON, B. **A Pastor's Guide**: establishing an effective Faith Community Nursing Ministry. Mariland: North America Division Adventist Association of Faith Community, 2013.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Health: a review and update. **Advances**, v. 29, n. 3, p. 19-26, 2015.

KOTTER, J. P. **Desafios da liderança**. Rio de Janeiro, RJ. Editora Sextante. 2011.

KRUG, R. R.; BARBOSA, A. R.; MONEGO, E. A.; MELLO, A. L. S. F.; FRANÇA, V. F. Percepção dos adultos mais velhos em relação à prática de atividade física e alimentação saudável. **Rev. Univ. Ind. Santander**. Salud, v. 47, n. 2, p.115-124, 2015.

LINS, A. P. M.; SICHIERI, R.; COUTINHO, W. F. *et al.* Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 357-366, fev. 2013.

LEWIN, K. L.; LIPPITT, R.; WHITE, R. K. Patterns of aggressive behavior in experimentally created "social climates". **The Journal of social psychology**, v. 10, n. 2, p. 269-299, 1939.

MALTA, D. C.; SILVA JR., J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MANUAL DE ADMINISTRAÇÃO ECLESIASTICA DA IGREJA BATISTA DO MÉIER. Disponível em: <https://docplayer.com.br/10676518-Manual-de-administracao-eclesiastica-da-igreja-batista-do-meier-titulo-i-do-objetivo-titulo-ii-da-estruturara-organizacional.html>. Acesso em: 27 jul. 2020.

MANUAL DE EDUCAÇÃO MINISTERIAL E TEOLÓGICA ADVENTISTA DO SÉTIMO DIA, 2017. Disponível em: <https://education.adventist.org/wp-content/uploads/2018/06/Manual-de-Educação-Ministerial-E-Teológica-2017.pdf>. Acesso em: 27 jan 2021.

MAYNARD, M. J. Faith-based Institutions as Venues for Obesity Prevention. **Curr Obes Rep**, v. 6, p. 148-154, 2017. DOI: 10.1007/s13679-017-0257-8.

MEIRA, M. D. D.; ABDALA, G. A.; TEIXEIRA, C. A.; NINAHUAMAN, M. F. L.; MORAES, M. C. L.; SALGUEIRO, M. M. H. A. O. Perfil do Estilo de Vida de Adultos da Zona Sul de São Paulo. **Lifestyle Journal**, v. 2, n. 2, p. 67-82, 2015.

MENDES, A. M. B.; SILVA, R. R. Prazer e sofrimento no trabalho dos líderes religiosos numa organização protestante neopentecostal e noutra tradicional. **Psico-USF**, Itatiba , v. 11, n. 1, p. 103-112, 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712006000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712006000100012>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE O que o índice de massa corporal imc diz sobre sua saúde. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53751-o-que-o-indice-de-massa-corporal-imc-diz-sobre-sua-saude>. Acesso em: 24 jan 2021.

MINTZBERG, H. **Crafting strategy.** Harvard Business Review, July/Aug.1987a.

MINTZBERG, H. **Five Ps for strategy.** California Management Review, Fall 1987b.

McAULIFFE, J.; McAULIFFE, R. **The Ephesus Model:** a Biblical framework for urban mission. Silver Spring, MD: Global Mission Centers, General Conference of Seventh-day Adventists, 2017.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 433-439, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101994000600007>

NEUFELD, D. F. **Commentary Book Series:** Seventh Day Adventist Encyclopedia. Washington, DC: Review and Herald, 2000.

NORTON, R. Leading Volunteers. In LOPES-JR, D. S.; BRAGA, A. **O Poder do Voluntariado**: reflexões e relatos sobre o voluntariado no Unasp Campus São Paulo. Engenheiro Coelho, SP: Unaspress, 2018.

OLIVARES, D. E. V.; CHAMBI, F. R. V.; CHAÑI, E. M. M.; CRAIG, W. J.; PACHECO, S. O. S.; PACHECO, F. J. Risk factors for Chronic Diseases and Multimorbidity in a Primary Care Context of Central Argentina: a web-based interactive and cross-sectional study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 14. 2017. Doi: 10.3390/ijerph14030251.

OLIVEIRA, W. S.; MORAES, N.; SANTOS, F. C. Vitamina D e dor crônica em idosos. **Rev. Dor**, v. 14, n. 3, p. 223-225, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 25 mai 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World Health Statistics 2024**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Health Technology Manual**. Improving the Integrated Management of Chronic Diseases at the First Level of Health Care Services. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5495:governos-devem-intensificar-esforcos-para-o-combate-as-doencas-chronicas-nao-transmissiveis-alerta-oms&Itemid=839 Acesso em: 03 out. 2022.

PEREIRA, J. B. XXI: o século das cidades no Brasil. In: MONTORO, G. C. F.; PASCHOINI, A. P. B.; LEITE, M. A. S.; GUIDOLIN, S. M.; FALCÓN, M. L. de O.; MAGALHÃES, W. de A.; LASTRES, H. M. M. (Orgs.). **Um olhar territorial para o desenvolvimento**: Sul. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2014. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/3681/2/XXI_o%20s%C3%A9culo%20das%20cidades%20no%20Brasil_11_P.pdf>. Acesso em: 16 de agosto de 2020.

PEREIRA, J. G.; TAVARES, C. Z.; CARDOSO, T. S.G. Luz Solar. In ALFIERI, F. M.; ABDALA, G. A. (org.). **A Ciência dos Oito Remédios Naturais**. Engenheiro Coelho, SP: Unaspress, 2019.

PES, G.M.; DORE, M.P.; TSOFLIOU, F.; OULAIN, M. **Diet and longevity in the Blue Zones**: A set-and-forget issue? *Maturitas*. 2022.

PIRES, A. G. Desarrollo Histórico de la Iglesia Adventista de Belo Horizonte, Brasil 1910-2012. **Tese de Doutorado. Universidad Peruana Union**, Peru, 2018.

- PORTES, L. A fé em Deus traz saúde? In ALFIERI, F. M.; ABDALA, G. A. (org.). . Engenheiro Coelho, SP: Unaspress, 2019.
- PORTO, E. F.; OLIVEIRA, F. C.; ROCHA, G. P. F. *et al.* Estilo de vida e suas relações com osteoporose e perda do equilíbrio corporal. **Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 5, n. 2, p. 200-208, 2016.
- REIMER, J.; FAIX, T. (Eds.). **Compreendendo o mundo: análise contextual como uma lente para a igreja**. Tradução: Doris Korber. Curitiba, SP: Editora Esperança, 2015.
- REIS, H. **Coaching ontológico: a teoria da decisão**. Brasília, DF: Thesaurus, 2010.
- ROBBINS, S. P. **Administração: mudanças e perspectivas**. São Paulo, SP: Saraiva, 2001.
- REZENDE, L. K. B. O.; MORAES, T. C. B. D.; MORAES, T. C. B. D. Os benefícios da exposição solar apesar das controvérsias: síntese de vitamina D XVII **Encontro de Iniciação Científica e II Mostra de Extensão da UninCor – Anais**. Três Corações, MG, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/viewFile/3571/2674>. Acesso em: 9 dez. 2018.
- ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. São Paulo, SP: Prentice Hall, 2005.
- ROCHA, L. **Administração eclesiástica**. Acessado em: https://www.academia.edu/39737229/ADMINISTRAÇÃO_eclesiástica. Acesso em: 20 jul. 2020.
- ROSA, A.; LOUREIRO, L.; SEQUEIRA, C. Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: Um estudo com adolescentes portugueses. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio de 2020.
- ROWE, W. G. Liderança estratégica e criação de valor. *Rev. Adm. Empres.*, v. 42, n. 1, p. 1-15, Mar. 2002. Citado por GARDNER, W. L.; AVOLIO, B. J. **The charismatic relationship: a dramaturgical perspective**. *Academy of Management Review*, v. 23, n. 1, p. 32-58, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2020.
- SANTOS, N. C.; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos de um município na Bahia, Brasil. **Rev. Bras Geriat Geront.** v. 17, n. 4, p. 795-805, 2014.
- SCHNITTKER, J.; BACK, V. The Increasing Predictive Validity of Self-rated Health. **Plos One**, v. 9, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0084933>>. Acesso em: 09 dez 2018.

SERAFIM, M. C., MARTES, A. C. B.; RODRIGUEZ, C. L. Segurando na mão de Deus: organizações religiosas e apoio ao empreendedorismo. **Rev. Adm. Empres.**, v. 52, n. 2, p. 217-231, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902012000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 dez. 2018.

SMIELOWSKA, M.; MARC, M.; ZABIEGALA, B. Indoor air quality in public utility environments – a review. **Environ Sci Pollut Res**, v. 24, p. 11166-11176, 2017.

SOLARI-TWADELL, P. A.; McDERMOTT, M. A. **Parish Nursing: development, education, and administration**. Illinois: Elsevier-Mosby, 2006.

SOUZA, C. V. **Saúde Total: a cura que você precisa do jeito que Deus prescreve**. Casa Publicadora Brasileira. Tatuí, SP, , 2014.

STETZER, E. **Plantando igrejas missionais**. São Paulo, SP. Vida Nova, 2015.

STOGDILL, R. M. **Handbook os leadership**. New York: McMillan/Free Press, 1974. Citado em: **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, 1994. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/viewFile/38274/36989>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

STURZ, R. In: **O cristianismo através dos séculos**. São Paulo, SP, Vida Nova. 2015.

TANNENBAUM, R.; SCHMIDT, W. How to choose a leadership patter: Should a manager be democratic ou autocratic – or something in between? **Harvard Business Review**. 1973. Disponível em: <https://hbr.org/1973/05/how-to-choose-a-leadership-pattern>. Acesso em: 07 dez 2018.

TORRES, M. (Org.). **Pequenos grupos, grandes soluções**. Guarulhos, SP: Parma, 2007.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VIANA, H. B. Avaliação da qualidade de vida de pastores Adventistas do Sétimo Dia e sua relação com a filosofia adventista de saúde. 2012. **Efdeportes**. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd175/qualidade-de-vida-de-pastores-adventistas.htm>. Acesso em: 27 jan 2021.

WALBERT, A. Entenda a hierarquia de governo da Igreja Católica. EBC. Disponível em: <https://www.ebc.com.br/noticias/internacional/2013/03/entenda-a-hierarquia-de-governo-da-igreja-catolica>. Acesso em: 27 jul. 2020

WILLIAMS, R. M.; HOLT, C. L.; TAGAI, E. K.; SANTOS, S. L. Z.; SLADE, J. L.; CARTER, R. L. The role of leadership support in a church-based cancer education implementation study. **J Relig Health**. V. 57, n. 1, p. 146-156, 2018.

WHITE, Ellen G. **Evangelismo**. Tatuí, SP: Casa Publicadora Brasileira, 2020.

WHITE, E. G. **Conselhos sobre regime alimentar**. Tatuí, SP: Casa Publicadora Brasileira. 2015.

WHITE, E. **A Ciência do Bom Viver**. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 2017.

YAMMARINO, F. Leadership: Past, present, and future. **Journal of Leadership & Organizational Studies**, v. 20, n. 2, p.149-155, 2013. <https://doi.org/10.18533/journal.v8i2.1582>

ZAMAN, R.; HANKIR, A.; JEMNI, M. Lifestyle factors and mental health. **Psychiatria Danubina**, v. 31, n. suppl. 3, p. 217-220, 2019.

ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE PASTORES EM COMUNIDADES DE FÉ

Milton Rodrigues Filho
Gina Andrade Abdala

“O verdadeiro local de nascimento é aquele em que lançamos pela primeira vez um olhar inteligente sobre nós mesmos” (Marguerite Yourcenar).

Pastores adventistas em São Paulo, que lideram comunidades e estão sempre envolvidos em atividades religiosas e sociais, estão buscando maneiras de equilibrar o trabalho intenso com a manutenção de um estilo de vida saudável. Uma pesquisa recente, realizada com 61 pastores, revelou que, embora a maioria avalie positivamente sua saúde física e mental, existem desafios importantes a serem superados. Assim, este estudo mostrou que muitos desses pastores apresentam sobrepeso leve, além de enfrentarem dificuldades em manter hábitos como a hidratação adequada e o descanso regular.

A pesquisa sugere que, apesar de estarem conscientes da importância de um estilo de vida saudável, esses líderes ainda precisam de mais apoio e estratégias específicas para melhorar aspectos fundamentais da saúde. A correlação entre o estilo de vida e a qualidade de vida, embora positiva, ainda é fraca, apontando a necessidade de maior atenção a esses hábitos. A questão é como garantir que esses pastores, que muitas vezes se dedicam mais aos outros do que a si mesmos, possam encontrar formas de cuidar melhor de sua própria saúde e bem-estar.

COMO PASTORES INFLUENCIAM A SAÚDE E O ESTILO DE VIDA DAS COMUNIDADES DE FÉ

A necessidade de uma atuação mais intencional para melhoria da qualidade de vida e da saúde por parte dos indivíduos é uma tendência ao se pensar saúde na atualidade. A Carta de Ottawa (Organização Mundial da Saúde, 1986) preconiza e orienta o desenvolvimento de capacidades individuais em favor da saúde como uma estratégia na promoção da saúde. No entanto, esse é um cenário complexo para se discriminar o peso dos determinantes, quer sejam eles sociais ou individuais (Porto *et al.*, 2018).

A complexidade do contexto das abordagens em saúde pode ser averiguada no fato de existirem estudos inferindo da existência de um campo aberto e em construção tanto na área da promoção da saúde como da temática do estilo de vida relacionado à saúde. Para efetivamente transformar as práticas de saúde é fundamental se entenda a complexidade desse fenômeno (Madeira *et al.*, 2018). Desde a revolução industrial, estudos sobre estilo de vida foram amplamente efetuados. Para os adventistas do sétimo dia, por sua vez, passaram-se décadas de desenvolvimento em que as comunidades são estimuladas com hábitos saudáveis, como: abstinência de álcool, fumo, café e uma alimentação essencialmente vegetariana (Ferreira *et al.*, 2011). Tais pautas compõem parte da confessionalidade institucional desde a segunda metade do século '9.

As comunidades de fé ou as instituições religiosas são ambientes férteis para adoção de novos conceitos que visam mudanças de estilo de vida dos participantes da mesma e da comunidade no seu entorno (Baruth *et al.*, 2018). Ao entender que o objetivo destas comunidades é promover uma transformação social, ao mesmo tempo individual e comunitária, estas podem ser boas agências de promoção de saúde, principalmente no que diz respeito ao estilo de vida e consequentemente para a qualidade de vida.

Cabe ressaltar que os líderes ou pastores nas comunidades de fé exercem papel de grande influência sobre os membros. Porém, a maneira como eles podem dar suporte a ações promotoras de saúde, constitui-se ainda em um campo de estudo pouco explorado (Schoenberg, Swanson, 2017; Baruth *et al.*, 2018). Fato é que, o pertencimento a uma comunidade de fé e a prática religiosa têm o potencial de contribuir significativamente para a promoção da saúde em diversos contextos. A prática religiosa pode, por exemplo, melhorar a saúde física e mental de pessoas encarceradas e elevar a qualidade de vida e o bem-estar de comunidades afetadas pela violência. Deste modo, é importante ressaltar que a intervenção espiritual, quando realizada com respeito e alinhada às necessidades individuais, pode não apenas fomentar práticas de autocuidado em relação à saúde, mas também melhorar o ambiente nas instituições correccionais (Ribeiro; Minayo, 2014).

Na interseção entre saúde, condições e qualidade de vida, observa-se um notável desenvolvimento da promoção da saúde, tanto em termos conceituais quanto práticos, inspirado pelos pensadores e movimentos pioneiros da saúde pública e da medicina social (Buss *et al.*, 2020). Deste modo, o objetivo do presente trabalho é analisar o estilo de vida de pastores de comunidades adventistas com base no instrumento Q8RN e a relação deste com a qualidade de vida relacionada à saúde de acordo com o instrumento SF-36.

JUSTIFICATIVA

Apesar dos fatores não genéticos representarem 90% dos riscos para doenças crônicas, muitos desses fatores ainda não são adequadamente explorados na pesquisa. O foco

geralmente está em análises isoladas de poucos fatores, desconsiderando a complexidade das exposições ambientais e comportamentais que afetam a saúde. Além de poluentes e contaminação, aspectos como estresse e estilos de vida também desempenham papéis importantes. Para entender melhor a relação entre saúde e doença, é crucial adotar uma abordagem global e multidisciplinar, integrando diferentes áreas para uma avaliação mais completa das exposições e seus impactos (Catalan *et al.*, 2022).

Essa realidade expõe ainda mais a necessidade da abordagem multidisciplinar e a necessidade do ajuntamento de esforços das diversas áreas envolvidas para promover a avaliação global e complexa. Essa abordagem coloca na discussão a necessidade de cada vez mais entender o que está relacionado ao processo saúde-doença e a população específica que necessita dos cuidados de saúde e intervenção.

Os pastores na comunidade de fé possuem aspectos em comum com outras classes, como os padres católicos, por exemplo, com certas variáveis que afetam diretamente seu estilo de vida, tais como: (1) variáveis sociodemográficas; (2) fatores psicológicos e estilos de enfrentamento; (3) condições de vida; (4) contexto sociocultural; (5) demandas do trabalho; (6) variáveis organizacionais; (7) estudos comparativos e (8) estresse, burnout e saúde (Ruiz-Prada, 2021).

Nos EUA, 883 clérigos de diferentes denominações cristãs responderam a um questionário no qual fatores de stress relacionados com o trabalho (conflitos, críticas sobre o seu ministério, ambiguidade de papéis, desafios congregacionais, etc.) estavam ligados a fatores de stress relacionados com limites (exigências congregacionais, isolamento, falta de tempo pessoal e privado, pouco tempo para recreação). Os resultados revelaram uma forte correlação ($r=0,63$; $p<0,0001$) e uma relação linear entre os dois construtos (Beta = 0,81, SE = 0,03; $p<0,0001$), com análises de regressão múltipla indicando que à medida que o estresse relacionado ao trabalho aumenta, o estresse relacionado aos limites também se torna mais intenso (Wells *et al.*, 2012).

Foram avaliados outros fatores relacionados ao estilo de vida tais como a atividade física. Em 2016, Webb e Bopp conduziram um estudo com clérigos cristãos sedentários, divididos em dois grupos. Um grupo seguiu um programa de atividade física de 12 semanas chamado “Caminhar na Fé”, que integrava textos bíblicos com recomendações de saúde, já o outro grupo não recebeu intervenção específica. O programa adaptado culturalmente levou a melhorias significativas no comportamento sedentário, na prática de atividade física e na autoeficácia percebida dos participantes.

Nas situações de crise, as pessoas recorrem ao conforto espiritual para ajudá-las a lidar com a morte e a incerteza quanto ao futuro. Por outro lado, os sacerdotes, pastores e padres que prestam esse auxílio – especialmente os capelães dos hospitais, funerárias e cemitérios, muitos dos quais são idosos – enfrentam o fardo de oferecer cuidados espirituais, conforto para lidar com a dor e esperança face às dificuldades financeiras (Bramstedt, 2020).

Esses são alguns dos motivos que fazem dos resultados que serão obtidos com esta pesquisa algo significativo tanto para a comunidade religiosa, que possuem em seus líderes um modelo e suporte importante, como para a comunidade em geral, visto que a comunidade religiosa se torna uma base social importante, impactando diretamente na saúde da comunidade como um todo.

Assim sendo, essa pesquisa poderá servir também como uma contribuição teórica para uma área ainda escassa de estudos, a saber, a relação direta entre estilo de vida e as doenças contemporâneas. Por ser de fácil acesso, baixo custo e risco, os instrumentos de avaliação desta pesquisa são aplicáveis e viáveis, facilitando o delineamento do perfil do segmento estudado e possibilitando estudos futuros com intervenções mais assertivas de promoção de saúde nesses indivíduos.

OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre o estilo de vida e a qualidade de vida relacionada à saúde de pastores adventistas em algumas regiões do Estado de São Paulo. Para isso, foram estabelecidos três objetivos específicos: (1) identificar o perfil do estilo de vida adotado por pastores adventistas do sétimo dia de três comunidades do estado de São Paulo, com base em hábitos saudáveis relacionados ao Q8RN; (2) mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde por meio do instrumento SF-36; e (3) associar o estilo de vida à qualidade de vida relacionada à saúde desses pastores nas três regiões analisadas.

As hipóteses deste estudo foram formuladas com base na compreensão de que os pastores adventistas, por conhecerem princípios de um estilo de vida saudável desenvolvidos há mais de um século no meio institucional ao qual pertencem, apresentam maior adesão aos hábitos do Q8RN, com um *score* entre bom e excelente. Além disso, considerando essa significativa adesão a um estilo de vida saudável, infere-se que esses pastores possuam uma ótima qualidade de vida, tanto física quanto mental. Por fim, supõe-se que exista uma associação positiva entre a adoção de hábitos saudáveis relacionados ao Q8RN e a qualidade de vida relacionada à saúde, conforme mensurado pelo instrumento SF-36.

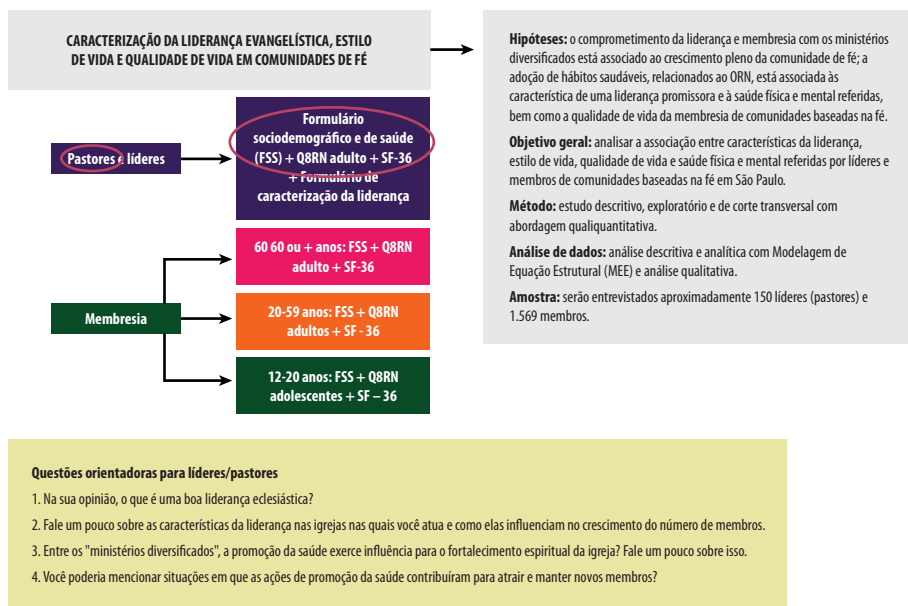
PERCURSO METODOLÓGICO

Utilizou-se uma amostra não probabilística de 61 pastores da Igreja Adventista do Sétimo Dia em três regiões do estado de São Paulo, com idade de 18 ou mais que exercessem a função há mais de dois anos. É um estudo descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa segundo caracterizado pelo emprego da quantificação na coleta de informações e no tratamento estatístico (Trigueiro, 2014). É um estudo que faz parte de um projeto maior chamado “Liderança Evangélica, Saúde e Estilo

de Vida de Comunidades de Fé” (ver Figura 1), desenvolvido e coordenado pelo grupo de pesquisa Religiosidade, Espiritualidade na Integralidade da Saúde (REIS), do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

Ficou estipulado que no presente estudo se avaliaria o estilo de vida e a qualidade de vida relacionada à saúde de pastores da Igreja Adventista do Sétimo Dia de algumas regiões do estado de São Paulo, conforme podemos vislumbrar abaixo.

Figura 1 – Desenho metodológico do estudo



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os instrumentos utilizados foram um formulário semiestruturado contendo as variáveis sexo, idade, cor da pele referida, escolaridade e “há quanto tempo é religioso”. Já os dados de saúde foram: peso, altura, saúde física, mental e qualidade de vida autorreferidas numa escala de Likert: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim. No que diz respeito ao estilo de vida, este foi investigado por meio do *Questionário Oito Remédios Naturais* (Q8RN), construído e validado (Abdala *et al.*, 2018) pelo grupo de pesquisa REIS, do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). O Q8RN tem o objetivo de analisar a adesão das pessoas aos Oito Remédios Naturais. O questionário

é composto por oito domínios, que correspondem ao Oito Remédios Naturais, com 22 itens/questões para adultos e 19 questões para adolescentes. Os *scores* para cada domínio foram calculados com base no número de itens que se apresentam. Utilizou-se a escala de Likert para cada questão (zero a quatro pontos em ordem crescente) exceto os itens 11, 12, 13 e 14 do domínio 5 (temperança) que são dicotômicos (0 ou 4). O ponto de corte foi a média, baseado no número de questões e o parâmetro estava entre os valores mínimos e máximos.

O *score* total do Q8RN é calculado pelo somatório dos pontos atribuídos a cada item, ou seja, cada questão pontua de zero (0) a quatro (4), totalizando 88 pontos nas 22 questões. A classificação do Estilo de Vida com base nos 8 remédios naturais é: 0 – 25 – insuficiente, 26 – 44 – regular, 45 – 58 – bom, 59 – 73 – muito bom e 74 – 88 – excelente.

Para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) foi utilizado o questionário SF-36, um instrumento do tipo genérico, criado por Ware e Sherbourne (1992), que no Brasil, teve sua tradução e validação cultural realizada por Ciconelli *et al.* (1999). O instrumento é constituído de 36 itens, fornecendo dois componentes, físico e mental, pontuando em áreas da qualidade de vida que são: componente físico, capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e estado geral de saúde. Já o componente mental contempla vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A pontuação varia de 0 a 100, escala que varia progressivamente para o melhor resultado. Trata-se de um instrumento de fácil acesso e aplicável para diferentes populações e faixas etárias (Garbin *et al.*, 2007; Moraes, Azevedo e Souza, 2005; Vahia *et al.*, 2011, Barricelli *et al.*, 2012).

Quanto à coleta de dados, inicialmente foi estabelecido contato com a presidência da instituição eclesiástica por meio do grupo de pesquisa REIS. O processo de coleta de dados aconteceu em reuniões administrativas da instituição, onde membros do grupo de pesquisa que auxiliavam os pesquisadores abordaram os participantes e forneceram explicações sobre a pesquisa. Os participantes receberam impresso o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, por assinatura, confirmaram sua participação recebendo em seguida os instrumentos para preenchimento. Foram tomados os devidos cuidados para garantir a privacidade de cada participante durante o período de preenchimento dos instrumentos. Não houve definição de tempo limite para o término da atividade. Foi explicado também que, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Aos participantes, foi-lhes garantido total anonimato, não havendo a necessidade da identificação pessoal nos instrumentos de pesquisa. De maneira geral, as dificuldades e imprevistos ocorridos foram contornados, sendo que o trabalho transcorreu dentro do esperado e o cronograma do projeto não foi prejudicado.

Referente à análise de dados, os dados descritivos foram tabulados no programa Statistical Package of Social Science (SPSS), v. 25. Utilizou-se a análise de

correlação de Pearson para averiguar as relações existentes entre o *score* geral e as dimensões do estilo de vida por meio do Q8Rn e as dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde por meio do SF-36.

O projeto já foi aprovado pela instituição proponente da pesquisa e aprovado também pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Unasp, sendo elaborado sob as recomendações da Resolução 466/12 divulgado pelo Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2013). Todos assinaram o TCLE. A seguir descreveremos a fundamentação teórica que embasou o estudo.

ESTILO DE VIDA

O estilo de vida é definido como “modo típico de viver que caracteriza um indivíduo ou grupo”. Já estilo de vida saudável é o “padrão de comportamento que envolve escolhas de estilo de vida que garantam a saúde ótima”. Nesse sentido, o último envolve alimentar-se bem, manter o bem-estar físico, emocional e espiritual, além de adotar medidas contra doenças transmissíveis. O estilo de vida saudável tem como sinônimo “comportamentos relacionados com a saúde”, que significam a combinação de conhecimentos, atitudes e prática em saúde que subjazem as ações tomadas pelos indivíduos que concernem à sua saúde (DeCS, 2019).

Desde o relatório de Lalonde (1974), ou antes disso, no próprio surgimento da ideia de promoção de saúde com Sigerist (1946, citado por Buss, 2000), até a construção de conceitos cada vez mais amplos em sua definição, os estudos mostram quão relevante é o fator estilo de vida na equação da saúde e revela-se uma influência direta no desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (Ferrari *et al.*, 2017).

Considerando o fato de que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão diretamente relacionadas com o estilo de vida, percebemos o quanto o estudo deste, nas abordagens em saúde, é importante, principalmente diante no número expressivo de óbitos causados pelas DCNT a cada ano. A saúde, enquanto objeto de intervenção, torna possível a mudança do estilo de vida do indivíduo, o que se evidencia nas metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Tais metas, buscam combater o número de mortes relacionadas com as doenças crônicas não transmissíveis, que apresentaram uma prevalência de 71% no mundo em 2016 (Organização Mundial de Saúde, 2018, p. 7). No Brasil, por sua vez, as doenças crônicas não transmissíveis corresponderam, apenas em 2011, mais de 68,3% dos óbitos registrados no país, sendo que doenças cardiovasculares representaram 30,4%, neoplasias 16,4%, respiratórias 6% e diabetes 5,3% (Malta *et al.*, 2015). Esses dados, portanto, destacaram que as causas das doenças estão relacionadas fundamentalmente aos hábitos inadequados e modificáveis, como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, entre outros (Ferrari *et al.*, 2017).

Nesse sentido, as estatísticas apontam que a distribuição das causas de óbito se divide no país entre: doenças cardiovasculares (28%), câncer (18%), condições transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais (14%), doenças respiratórias crônicas (7%), diabetes (5%) e outras doenças crônicas não transmissíveis (17%) (OMS, 2022). Além desses números, as doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares, estão associadas à uma diminuição da qualidade de vida das pessoas, dado que elas são inibidoras na realização das atividades diárias (Almeida-Brasil *et al.*, 2017).

Por outro lado, existem grupos de pessoas que vivem mais de cem anos, em decorrência, sobretudo, ao estilo de vida saudável. Nas chamadas *Blue Zones* [Zonas Azuis], que são localidades no mundo onde se encontram as maiores concentrações de pessoas centenárias do planeta, a longevidade está diretamente relacionada a um estilo de vida saudável com base em hábitos de alimentação saudável, exercício físico e uma vida com propósitos entre outros (Buettner, 2008; Butler *et al.*, 2008).

Uma comunidade de adventistas do sétimo dia, residentes na cidade de Loma Linda, na Califórnia, figura entre as regiões do mundo onde as pessoas vivem mais pelo fato de adotarem um conceito no qual saúde e espiritualidade estão estritamente relacionadas (Buettner, 2008; Butler *et al.*, 2008). Tal abordagem foi estruturada nos escritos de Ellen G. White (1905), uma das pioneiras do movimento adventista, que explicitou conceitos básicos de saúde norteadores do estilo de vida dos membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia (White, 2013). As instruções dadas por ela partem de um conceito naturalista e preventivo, orientando sobre o uso adequado de recursos naturais como: sol, ar, água e alimentação o mais frugal possível, e atitudes como: atividade física, repouso, temperança e confiança no poder “divino” (Ferreira *et al.*, 2011).

Na população chinesa idosa, por exemplo, um estilo de vida saudável reduz o risco de mortalidade e o envelhecimento atua parcialmente como um mediador dessa associação. Deste modo, os resultados de um estudo feito com 2139 idosos destacou a importância da adesão a um estilo de vida saudável, no fito de promover o envelhecimento fenotípico, mesmo na terceira idade (Jin *et al.*, 2022).

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é um “conceito genérico que reflete a “preocupação com a modificação e o aprimoramento dos componentes da vida: ambiente físico, político, moral e social, bem como saúde e doença” (DeCS, 2019). Há mais de quatro décadas Belloc e Breslow (1972) já evidenciavam a relação que o estado de saúde tem com as práticas saudáveis incorporadas no estilo de vida. Em um estudo intitulado *Alameda County Study* (Estudo do Condado de Alameda), realizado com 6.928 adultos, esses autores analisaram a relação entre práticas comuns de saúde, incluindo horas de sono, regularidade da alimentação, atividade física, uso do fumo e ingestão de bebidas alcoólicas com qualidade de vida.

Como resultado, constataram que a prática de hábitos saudáveis produzia um efeito cumulativo e estavam associadas a uma melhor saúde, mesmo entre indivíduos de diferentes idades, sexo e situação econômica. Deste modo, a relação entre qualidade de vida e saúde também pode ser verificada pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que envolve três componentes: longevidade, conhecimento e renda. Esse índice agrega em um único indicador, três importantes esferas do desenvolvimento, de forma simples e acessível (Zhang; Wu Z, 2022).

Um instrumento muito utilizado para a avaliação da QVRS é o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36). É um instrumento do tipo genérico criado por Ware e Sherbourne, originalmente na língua inglesa norte-americana. No Brasil, teve sua tradução e validação cultural realizada por Cicconelli *et al.* (1999).

ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PASTORES EM COMUNIDADES DE FÉ

Estudos com grupos diversos como jovens estudantes, idosos, caminhoneiros, universitários e educadores físicos têm apontado uma relação positiva entre estilo de vida ou aspectos deste com a qualidade de vida, como, por exemplo: a prática de exercícios físicos, opção por uma alimentação saudável. Além disso, as pesquisas também almejam vislumbrar como esses comportamentos estão relacionados com o baixo nível de *stress*, qualidade de vida e prevenção de doenças diversas (Sabia, 2023; Chuikov *et al.*, 2022; Lopes *et al.*, 2014; Alessi e Alves, 2015). No entanto, apesar das contribuições adjacentes de tais estudos, ainda existem grupos que podem ser estudados e os resultados obtidos, poderão contribuir grandemente para uma melhor compreensão do perfil de saúde e estilo de vida dessa população.

A relação estilo de vida ou aspectos deste, associados à qualidade de vida de clérigos, foi o alvo dos estudos de Mills e Koval (1971) que analisaram como as atividades desse grupo afetavam seu nível de *stress*. Mais tarde, Morris e Blanton (1994) apontaram uma série de fatores que comprometem a qualidade de vida dos clérigos bem como de seus familiares.

O clero, por exemplo, enfrenta diversos fatores de estresse no trabalho, como sobrecarga de funções e trabalho emocional, levando a altas taxas de depressão. Numa revisão que utilizou o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para medir exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, comparando clérigos com assistentes sociais, conselheiros, professores, policiais e pessoal de emergência, foram analisados 84 estudos, revelando que o clero apresentou taxas moderadas de *burnout*. Isso gerou uma surpresa, visto que tais episódios extremos de *stress*, mostrara-se pior entre policiais e pessoas da emergência. Entre assistentes sociais e professores, no

entanto, as taxas de *Burnout* foram semelhantes aos clérigos. Por fim, a única exceção deu-se com os conselheiros, os quais mostraram maior aptidão em lidar com situações críticas e instáveis de stress. De todo modo, o estudo demonstrou que o clero lida razoavelmente bem com situações estressantes, mas há espaços para melhoria ainda em todas as profissões, especialmente naquelas que exigem um comprometimento emocional mais acentuado (Adams *et al.*, 2017).

Um outro estudo com 164 ministros da Igreja na China, testou um modelo que relaciona a experiência de *stress*, o esgotamento e a saúde do clero. Os resultados indicaram que os entrevistados experimentaram níveis relativamente baixos de estresse e esgotamento. A pontuação de burnout foi de 2,73 em uma escala de sete pontos. O estresse da família foi um preditor significativo de esgotamento geral, e de maneira confluyente, a experiência de exaustão emocional foi um prognosticador relevante da ocorrência de sintomas adversos à saúde (Chan, Chen, 2019).

Além disso, é importante lembrar que o mercado de trabalho atual, cada vez mais complexo e em constante mudança, exige competitividade, produtividade e flexibilidade, características que são experienciadas subjetivamente pelos empregados, como sobrecarga e pressão. Por consequência, isso leva a uma ampla gama de patologias relacionadas à saúde ocupacional, incluindo absenteísmo, *burnout*, acidentes de trabalho e doenças cardiovasculares, dentre outras (Ruiz-Prada, 2021; Serrano-Orellana, Portalanza, 2015).

Deste modo, em decorrência da pouca abrangência dos estudos em relação a um número maior de fatores do estilo de vida, o presente trabalho se articula de maneira muito significativa, na medida em que amplia a visão sobre tais aspectos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio dos dados coletados dos participantes deste estudo, foi possível traçar a caracterização da amostra e o perfil do estilo de vida bem como a qualidade de vida de 61 pastores da Igreja Adventista do Sétimo Dia em três regiões no estado de São Paulo. Para tanto, fez-se uma análise descritiva desses dados e avaliou-se associações existentes entre o estilo de vida e a qualidade de vida com base no SF-36 destes indivíduos. Cabe lembrar, no entanto, que a comparação desses resultados com outros estudos deve ser feita com cautela, uma vez que a maioria dos estudos que relacionam as variáveis do estilo de vida e qualidade de vida encontrados na literatura, abordam alguns aspectos do estilo de vida separadamente, e não em um conjunto como era o desejado.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes deste estudo possuem média de idade de 45,6 (dp = 11,05). Ao perguntar há quanto tempo eram religiosos, encontrou-se uma média de 36,4 anos (dp =

14,05), representado o tempo que professam a religião. Apresentaram uma média de 25,94 ($dp = 4,89$) no Índice de Massa Corporal, indicando sobrepeso.

A obesidade é um sério problema de saúde pública hoje, no Brasil e no mundo. Deste modo, os pastores não são isentos deste problema também, muito embora existam evidências de que eles podem estar um pouco melhor do que a população em geral, como afirma Weems Jr. e Arnold (2009) em um estudo comparativo entre pastores presbiterianos e a população americana, em que 67% da população americana estava em sobrepeso contra 34% dos pastores presbiterianos.

Os participantes do presente estudo são todos do sexo masculino (100%) com predominância de cor da pele branca (59%, $n = 36$), seguida de parda (26,2%, $n = 16$). A maioria (82,0%, $n = 50$) é pós-graduado e os demais (18%, $n = 11$) têm ensino superior completo (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo a cor da pele e a escolaridade – São Paulo, 2020.

VARIÁVEIS		n	%
Cor da pele	Branca	36	59,0
	Parda	16	26,2
	Preta	8	13,1
	Amarela	1	1,6
Escolaridade	Superior completo	11	18%
	Pós-graduação	50	82%

Fonte: Elaborado pelos autores.

O fato de analisar uma população exclusivamente masculina deve ser considerado. Em estudos onde se compara o estilo de vida de homens e mulheres, geralmente os homens têm melhor pontuação, como aponta um estudo realizado na Zona Sul de São Paulo (Meira *et al.* 2015), em que encontraram um melhor resultado para os homens no *score* total do estilo de vida, utilizando o instrumento Fantastico (Rodriguez-Anez, Reis, Petroski, 2008). Outro estudo com 550 adultos, realizado na Colômbia, que também usou esse questionário, evidenciou que o sexo masculino apresentou melhor *score* no estilo de vida, principalmente na categoria “excelente” (Ramirez, Agredo, 2012).

CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE FÍSICA, MENTAL E QUALIDADE DE VIDA AUTO REFERIDA DOS PARTICIPANTES

Quanto à saúde física, mental e qualidade de vida autorreferida, utilizou-se a escala de Likert como métrica para avaliação destes dados. No componente físico, a maioria (55,7%, n= 34) referiu a sua saúde física como “boa”. No componente mental, a maioria (52,5%, n= 31) classificou-se como “muito boa”. Em relação a qualidade de vida autorreferida, 55,0% (n=33) deles consideraram sua qualidade de vida como “boa” (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos pastores segundo a saúde física, saúde mental e qualidade de vida autorreferidas – São Paulo, 2020.

CLASSIFICAÇÃO	SAÚDE FÍSICA		SAÚDE MENTAL		QUALIDADE DE VIDA	
	n	%	n	%	n	%
Muito boa	22	36,1	31	52,5	19	31,7
Boa	34	55,7	28	47,5	33	55,0
Regular	5	8,2	0	0	8	13,3

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nesse estudo, a maioria dos pastores se auto classificaram com “boa” saúde física, “muito boa” saúde mental e “boa” qualidade de vida. O papel dos pastores e/ou líderes em comunidades de fé é tão importante que eles podem influenciar significativamente os seus congregantes a desenvolverem uma saúde física, mental e consequentemente, uma qualidade de vida exemplar. Deste modo, os programas baseados na fé, liderados por esses homens, podem mudar comportamentos nocivos e revigorar sua igreja (Heward-Mills *et al.*, 2018).

CLASSIFICAÇÃO DO ESTILO DE VIDA TOTAL POR MEIO DO Q8RN DOS PARTICIPANTES

Destaca-se que a consistência interna do instrumento, que mede a confiabilidade do questionário (Pestana, Gageiro, 2008) Q8RN, de acordo com o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,78, o que o classifica como um instrumento de consistência substancial (Maroco, Garcia-Marques, 2006). Já o alfa de Cronbach do SF-36 foi de 0,88 sendo muito apropriado também. Considerando os resultados de toda a amostra, a classificação do estilo de vida por meio do Q8RN, que varia de 0 a 88, apresentou um

score total com média de 65,52 (dp= 8,39). A maioria (57,4%, n= 35) apresentou um *score* “muito bom” (Tabela 3).

Tabela 3 – Classificação do Estilo de Vida por meio do score total do Q8RN dos participantes – São Paulo, 2020.

Classificação do estilo de vida dos participantes	ESTILO DE VIDA (Q8RN, n= 54)	
	n	%
Insuficiente	00	0,0
Regular	00	0,0
Bom	09	16,7
Muito bom	35	57,4
Excelente	10	16,4
Total	54	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Igreja Adventista do Sétimo Dia é uma grande defensora do estilo de vida saudável, o que pode estar influenciando esses líderes a serem portadores de uma vida salubre também. Além disso, pastores reconhecem que programas do estilo de vida por meio de feiras vida e saúde, eventos de estilo de vida saudável, fortalecimento das comunidades baseadas na fé e suporte social, seriam recursos infalíveis para fortalecer e apoiar os membros da comunidade (Ford, 2013).

MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS DIMENSÕES DO Q8RN E DO SF-36 DOS PARTICIPANTES

O Q8RN gera oito dimensões do estilo de vida abaixo discriminadas. Observou-se, neste estudo, que nenhuma dessas dimensões estiveram abaixo da média (comparando as amplitudes de cada que é a diferença entre valores mínimos e máximos). Apenas “o uso da água”, “do ar” e “do descanso” apresentaram *scores* próximos da média, suscitando melhoras nesses domínios (Tabela 4).

Tabela 4 – Média e desvio padrão das dimensões do Estilo de vida (Q8RN) dos participantes – São Paulo, 2020.

DIMENSÕES DO Q8RN	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	mínimo	máximo
Nutrição	7,95	2,46	2	12
Exercício	7,56	3,40	0	12
Água	4,68	1,71	1	8
Sol	5,91	1,21	3	8
Temperança	15,2	1,59	12	16
Ar	4,24	1,57	0	7
Descanso	4,49	1,61	0	8
Confiança	15,50	1,08	12	16

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conseqüentemente, as comunidades baseadas na fé podem incorporar em sua rotina os serviços de saúde, com o intuito de motivar a mudança do estilo de vida dos seus membros. Está claro que essas organizações são relevantes para alertar a população quanto aos cuidados com a saúde, especialmente em países em desenvolvimento. Deste modo, observa-se que seria muito promissor caso o sistema público e privado de saúde, fizessem parceria com as igrejas, motivando-as na implementação de projetos de prevenção primária, manutenção geral da saúde, saúde cardiovascular, prevenção do câncer, perda de peso, redução da pressão arterial e colesterol (Schumann, Stroppa, Moreira-Almeida, 2011).

Ao analisar as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (SF-36), proporcionalmente observou-se que os participantes do presente estudo apresentaram em sua maioria valores acima de 50%, com apenas duas dimensões um pouco deficientes: vitalidade e os aspectos sociais (Tabela 5).

Tabela 5 – Média e desvio padrão das dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes, por meio do SF-36 – São Paulo – 2020.

		MÉDIA	DESVIO PADRÃO	
Qualidade de vida SF-36	Componente físico	Capacidade funcional	90,59	15,75
		Limitação por aspectos físicos	81,25	30,05
		Dor	78,66	21,39
		Estado Geral de Saúde	81,02	15,30
	Componente mental	Vitalidade	69,58	19,47
		Aspectos sociais	65,25	11,62
		Saúde mental	76,41	18,28
		Limitação por aspectos emocionais	81,61	32,54

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em um estudo com 154 pastores católicos, presbiterianos, luteranos, metodistas e batistas na Pensilvânia, EUA, encontrou-se que o maior problema de saúde citado por eles foi o estresse (81,8%), seguido pelo sedentarismo (67,5%), obesidade (63,6%) e depressão/ansiedade (53,9%), fatores relacionados, principalmente ao componente mental da Qualidade de Vida (Webb, Mama, 2019).

Alguns autores consideram os pastores e/ou sacerdotes, pessoas com riscos potenciais para o estresse, problemas emocionais, relacionamento com a família e com a igreja. São pessoas muitas vezes incapazes de enfrentar os problemas (*coping*) devido a rotina de sua própria vida (Terry, Cunningham, 2019; Poon, 2019; Chan, Chen, 2019).

CORRELAÇÃO ENTRE ESTILO DE VIDA TOTAL E QUALIDADE DE VIDA DOS PARTICIPANTES

Segundo o teste de Correlação de Pearson, entre o *score* total do Estilo de Vida por meio do Q8RN e as dimensões da QV por meio do SF-36, encontrou-se que o *score* geral do EV está associado às dimensões: limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental (Tabela 6).

Tabela 6 – Correlação de Pearson entre o scorescore total do Estilo de Vida (Q8RN) e as dimensões da QV (SF-36) dos participantes – São Paulo, 2020.

SCORESCORE TOTAL DO ESTILO DE VIDA (Q8RN)	DIMENSÕES DA QV (SF-36)							
	CF	LAF	DOR	EGS	AS	VIT	SM	LAE
R Pearson	,269	,297	,189	0,385	-,146	,521	,485	,268
Valor de p	,052	,031	,174	0,004	,302	,000	,000	,053

Legenda: CF = Capacidade funcional; LAF= Limitação por Aspectos Físicos; Dor = Dor; Vit = Vitalidade; AS = Aspectos Sociais; EGS= Estado Geral de Saúde; SM= Saúde mental; LAE= Limitação por Aspectos Emocionais.

Nota: Negrito = correlação com $p < 0,05$.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Cada vez mais estudos apontam na direção de que existe associação entre o estilo de vida e qualidade de vida das pessoas. Porto (2018), em uma pesquisa que compara o estilo de vida de diabéticos, hipertensos e pessoas saudáveis, constatou que o estilo de vida das pessoas hipertensas e diabéticas é pior do que o das pessoas saudáveis, além de destacar que o surgimento da diabetes e hipertensão está relacionado ao estilo de vida adotado por estes indivíduos durante algum tempo de suas vidas.

Ainda, Pereira *et al.* (2017), ao estudar 115 pacientes portadores de hipertensão na Zona Sul de São Paulo, encontrou também associação entre estilo de vida e qualidade de vida desse grupo específico, ou seja, quanto mais praticantes dos hábitos saudáveis, melhor era a qualidade de vida desses hipertensos. Embora as correlações encontradas no presente estudo sejam fracas, elas existem e podem ser usadas para nortear ações de promoção de saúde para a população específica em questão (Lindholm *et al.*, 2014). Outro estudo importante realizado com clérigos de ambos os sexos, Soares (2009) aponta que embora seja uma classe que tenha orientação adequada quanto a aspectos da nutrição, controle do *stress* entre outros, eles não possuem um comportamento adequado quanto à atividade física, necessitando de ações que os auxiliem no desenvolvimento de um comportamento responsável diante desse aspecto da saúde. Outro fato importante é o score total do grupo no Q8RN que foi muito bom, mas cabe lembrar, como Pinheiro e Lipp (2009) destacam, o fato de os clérigos precisarem estar sempre dentro das expectativas pessoais e ideológicas da comunidade (Pinheiro, Lipp, 2009).

Em um estudo com 150 pastores da Igreja Metodista Unida no Kansas, a maior parte dos pastores declararam que sua saúde tanto nos aspectos físicos quanto mental é boa, apesar de estarem com sobrepeso ou mesmo obesos, ainda assim se auto classificam “muito bem” no estilo de vida e/ou na qualidade de vida (Lindholm *et al.*, 2014). Isso evidencia a necessidade de mais pesquisas que avaliem, de maneira mais detalhada, a compreensão que estes têm sobre a saúde, bem como suas práticas.

CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DO ESTILO DE VIDA E A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS PARTICIPANTES

Ao analisar correlação entre as dimensões do Estilo de Vida (Q8RN) e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (SF-36) no presente estudo, encontrou-se 18 correlações com coeficiente de Pearson até 0,44, estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Vale lembrar que, houve mais associações do estilo de vida com as dimensões do componente mental, principalmente vitalidade e saúde mental do SF-36 em relação às outras dimensões (Tabela 7).

Tabela 7 – Correlação de Pearson entre as dimensões do Estilo de Vida (Q8RN) e as dimensões da QV (SF-36) dos participantes – São Paulo, 2020

SCORESCORE TOTAL DO ESTILO DE VIDA (Q8RN)	DIMENSÕES DA QV (SF-36)							
	CF	LAF	DOR	EGS	AS	VIT	SM	LAE
Nutrição (R)	,237	,062	-,020	,243	-,118	,144	,168	,046
P	,079	,650	,881	,072	,393	,289	,220	,737
Exercício (R)	,199	,170	,169	,344	-,012	,146	,350	,099
P	,142	,211	,212	,009	,928	,283	,008	,470
Água (R)	,180	,307	,078	,171	,025	,310	,095	,291
P	,184	,021	,569	,206	,856	,020	,489	,031
Sol (R)	,099	,299	,115	,333	,106	,373	,299	,355
P	,473	,026	,404	,013	,445	,005	,028	,008

SCORESCORE TOTAL DO ESTILO DE VIDA (Q8Rn)	DIMENSÕES DA QV (SF -36)							
	CF	LAF	DOR	EGS	AS	VIT	SM	LAE
Temperança (R)	,292	,036	,326	,216	-,127	,133	,238	-,078
P	,029	,790	,014	,110	,356	,327	,080	,574
Ar (R)	-,004	,112	,086	,404	-,104	,194	,373	,209
P	,976	,408	,524	,002	,445	,149	,005	,123
Descanso (R)	,054	,268	,082	,406	-,309	,189	,439	,166
P	,692	,046	,548	,002	,022	,163	,001	,227
Confiança (R)	-,167	,119	-,145	,157	-,117	,118	,262	,101
P	,215	,380	,282	,244	,391	,383	,051	,460

Legenda: CF = Capacidade funcional; LAF= Limitação por Aspectos Físicos; Dor = Dor; Vit = Vitalidade; AS = Aspectos Sociais; EGS= Estado Geral de Saúde; SM= Saúde mental; LAE= Limitação por Aspectos Emocionais. (R) Coeficiente de Pearson;

p: valor de p.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Observou-se, nessa correlação, que as dimensões do estilo de vida, como a prática de exercícios físicos, o consumo adequado de água, a exposição ao sol, a temperança, a respiração de ar puro e o descanso, estavam associadas a todas as dimensões da qualidade de vida. Em outras palavras, quanto mais os pastores adotarem os oito remédios naturais, melhor será sua qualidade de vida, especialmente no que se refere à vitalidade e à saúde mental. Estudos indicam que os pastores podem influenciar as pessoas de diversas maneiras: por meio do exemplo, das Escrituras e da influência social (Heward-Mills *et al.*, 2018).

Os aspectos com correlação significantes mais fortes são vitalidade e saúde mental, aspectos esses essenciais no desempenho das funções profissionais do grupo estudado. Em um estudo com 74 clérigos de ambos os sexos, apontou que 50% destes apresentaram um nível de estresse acima da média da população em geral e má qualidade de vida, principalmente no aspecto da saúde (Pinheiro, Lipp, 2009). Como o

presente estudo é de corte transversal, não houve possibilidade de estabelecer relação causal, no entanto aponta a necessidade de intervenções de promoção da saúde para esse grupo populacional.

CONCLUSÃO

Esse grupo de pastores, líderes de comunidades de fé apresentou um estilo de vida “muito bom”, porém, com o índice de massa corporal em leve sobrepeso, necessitando também aumentar os scores médios quanto a ingestão de água, uso do ar puro e o descanso. Também se observou que existe uma qualidade de vida relacionada à saúde “muito boa”, especialmente no componente físico, com uma necessidade de melhoria no componente mental, especialmente a vitalidade e os aspectos sociais.

Portanto, dezoito correlações foram encontradas entre o estilo de vida segundo o Q8RN e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde por meio do SF-36 estatisticamente significantes, com destaque para as dimensões da vitalidade e saúde mental, que quando correlacionadas com as dimensões do Q8RN tiveram quatro correlações cada. Este estudo aponta para a necessidade de mais investimento em pesquisas científicas com esta classe de profissionais que atuam como formadores de opinião, destacando a necessidade de auxílios específicos direcionados para a adoção de um estilo de vida que lhes propicie qualidade de vida em todas as dimensões.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; NOBOROISAYAMA, R.; SUSSUMUWATAYA, R.; RODRIGO, G. T.; NINAHUAMAN, M. F.; OLIVEIRA, S. L. S. DA S.; SANTOS, S. O. Construction and validation of the eight natural remedies questionnaire – Adventist Lifestyle. **International Journal of Development Research**. v. 8, n. 5, p. 20300-20310, 2018. Acessado em: <https://www.ijournalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/12604.pdf>. Acessado em 23 out. de 2024.
- ADAMS, C. J., HOUGH, H., PROESCHOLD-BELL, R. J., YAO, J.; KOLKIN, M.. Clergy burnout: A comparison study with other helping professions. **Pastoral Psychology**, v. 66, p. 147-175, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11089-016-0722-4>>. Acessado 23 out. 2024.
- ALESSI, A., ALVES, M. K. Hábitos de vida e condições de saúde dos caminhoneiros do Brasil: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde**. v. 8, n. 3, p.129-136, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.15448/1983-652X.2015.3.18184>>. Acessado em 23 de outubro 2024.
- ALMEIDA-BRASIL, C. C.; SILVEIRA, M. R.; SILVA, K. R.; Lima, M. G.; Faria, C. D. C. de M.; Cardoso, C. L.; Menzel, H. K.; Ceccato, M. G. B. Qualidade de vida e

características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>>. Acessado em 23 out. 2024.

BARRICELLI, I. DE L. F. O.B.L.; SAKUMOTO, I. K. Y.; SILVA, L. H. M.; ARAUJO, C. V.. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 15, n. 3, p. 505-515, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300011>>. Acessado em 23 out. 2024.

BARUTH, M.; SAUNDERS, R. P.; WILCOX, S. The role of pastor support in a faith-based health promotion intervention. **Fam Community Health**. 2018. Acessado em <<https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e31828e6733>>. Disponível em 23 out. 2024.

BELLOC, N. B.; BRESLOW, L. Relationship of physical health status and health practices. **Preventive medicine**. v. 1, n. 3, p. 409-21, 1972. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0091-7435\(72\)90014-X](https://doi.org/10.1016/0091-7435(72)90014-X)>. Acessado em 23 out. 2024.

CHAN, K.; CHEN, M. Experience of Stress and Burnout among Pastors in China. **Journal of Pastoral Care & Counseling**, v. 73, n. 4, p. 232-237, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1177/1542305019886533>>. Acessado em 23 out. 2024.

DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**. BVS. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=F01.829.458>. Acesso em 26 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2013. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf%20%3E>>. Acesso em: 2 set. 2024.

BUSS, P. M.; HARTZ, Z. M de A.; PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F.. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>>. Acessado em 23 de outubro de 2024.

CHUIKOV, O. E.; KAMENEVA, T. N.; TKACHENKO, P. V.; ZULFUGARZADE, T. E.; NUZHNYKH, M. A.; CYBANEVA A. D. The healthy life-style in the system of value orientations of student youth. **Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii Istor Med**, v. 30, n. 4, p. 621-624, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.32687/0869-866x-2022-30-4-621-624>>. Acessado em 23 de outubro de 2024.

ABIA, S.; SINGH-MANOUX, A. **Healthy lifestyles for dementia prevention**. BMJ, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.p117>>. Acessado em: 16 jan. 2024.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, p. 143-150, 1999. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-296502>>. Acessado em: 23 out. 2024.

FARIA, J. H.; MENEGHETTI, F. K. Liderança e Organizações. **Revista de Psicologia**, v. 2 n. 2, p. 93-119, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/92>>. Acessado em: 23 out. 2024.

FERRARI, T. K.; CESAR, C. L. G.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. DE A.; GOLDBAUM, M.; FISBERG, R. M. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00188015>>. Acessado em 23 out. 2024.

FERREIRA, A. G. N.; GUBERT, F. A.; MARTINS, A. K. L. Promoção da Saúde no Cenário Religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 744-750, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400015>>. Acessado em 23 out. 2024.

FERREIRA, G. M. F.; STAUT T. C. P.; ARAUJO S. P.; OLIVEIRA N. C.; PORTES L. A. Estilo de vida entre brasileiros Adventistas do Sétimo Dia. **Lifestyle Journal**, v. 1. n. 1, p. 17-25, 2011. Disponível em: <<https://revistalifestyle.org/LifestyleJournal/article/view/132>>. Acessado em 23 out. 2024.

FORD, C. D. Building from within: pastoral insights into community resources and assets. **Public Health Nursing**, v. 30, n. 6, p. 511-518, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/phn.12048>>. Acessado em 23 out. 2024.

GARBIN, L. M.; CARVALHO, E. C.; CANINI, S. R. M. S.; DANTAS, R. A. S. Avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde em portadores de hemofilia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 197-205, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v6i2.4153>>. Acessado em 23 out. 2024.

HEWARD-MILLS, N. L.; ATUHAIRE, C.; SPOORS, C. *et al.* The role of faith leaders in influencing health behavior: a qualitative exploration on the views of Black African Christians in Leeds, United Kingdom. **PanAfrican Medical Journal**, v. 30, 199, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.199.15656>>. Acessado em 23 out. 2024.

JIN, S.; LI, C.; CAO, X.; CHEN C.; YE, Z.; LIU, Z. Association of lifestyle with mortality and the mediating role of aging among older adults in China. **Gerontology and Geriatrics**, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104559>>. Acessado em: 23 out. 2024.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada, 1974.

LINDHOLM, G.; JOHNSTON, J.; DONG, F.; MOORE, K.; ABLAH, E. Clergy wellness: an assessment of perceived barriers to achieving healthier lifestyles. **Journal of Religion and Health**, v. 55, n. 1, p. 97-109, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25539868>>. Acessado em 23 out. 2024.

LOPES, J. M.; FUKUSHIMA, R. L. M.; KEIKA, I.; PAVARINI, S. C. I.; ORLANDI, F. S. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2014. Acessado em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400039>>. Acessado em 23 out. 2024.

MADEIRA, F. B.; FILGUEIRA, D. A.; BOSI, M. L. M.; NOGUEIRA, J. A. D. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 106-115, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170520>>. Acessado em 23 out. 2024.

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. S. C. A.; STOPA, S. R.; PEREIRA, C. A.; SZWARC-WALD, C. L.; JÚNIOR, J. B. S.; REIS, A. A. C. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-497420150002000004>>. Acessado em 23 out. 2024.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. **Laboratório de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.12/133>>. Acessado em 23 out. 2024.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>>. Acessado em 23 out. 2024.

MORAES, J. F. D.; AZEVEDO e SOUZA, V. B. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 4, p. 301-308, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000400009>>. Acessado em 23 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf> Acesso em: 26 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839. Acessado em 14 de outubro de 2019.

PEREIRA, E. S.; ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; SOUZA, A. C. Estilo de vida e qualidade de vida de hipertensos em uma unidade básica de saúde. **Revista Sodebras**, v. 12, n. 137, p. 2017. Disponível em: <https://www.academia.edu/35989971/estilo_de_vida_e_qualidade_de_vida_de hipertensos_em_uma_unidade_basica_de_saude_lifestyle_and_quality_of_life_in_hypertension_people>. Acessado em 26 fev. 2020.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS**, 5ª. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PINHEIRO, C. R.; LIPP, N.; EMMANUEL, M. Stress ocupacional e qualidade de vida em clérigos(as). **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 29, n. 1. 2009. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1415-711X2009000100011>. Acessado em 23 out. de 2024. .

POON, V. H. K. Pastor wellness among Chinese Churches: a Canadian study. **Journal of Pastoral Care & Counseling**, v. 73, n. 3, p. 169-175, 2019. Acessado em: <<https://doi.org/10.1177/1542305019872435>>. Disponível em 23 out. 2024.

PORTO, E. F.; KUMPEL, C.; CASTRO, A. A. M.; OLIVEIRA, I. M.; ALFIERI, F. M. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 4, p. 199-205, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150038>>. Acessado em 27 fev. 2020.

PORTO, E. F.; KUMPEL, C.; SOUZA, A. C.; OLIVEIRA, I. M.; BERNARDO, K. M. A.; CASTRO, A. A. M. Estilo de vida e suas relações com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 7, p. 361-373, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1235/818>>. Acessado em 23 out. 2024.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1773-1789, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.13112013>>. Acessado em 23 out. 2024.

RODRIGUEZ-ANEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400006>. Acessado em 23 de out. 2024.

RUIZ-PRADA, M.; FERNÁNDEZ-SALINERO, S.; GARCÍA-AEL, C.; TOPA, G. Occupational stress and Catholic priests: a scoping review of the literature. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 6, p. 3807-3870, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01352-0>. Acessado em 23 out. 2024.

SCHOENBERG, N. E.; SWANSON, M. Rural religious leaders' perspectives on their communities' health priorities and health. **Southern Medical Journal**, v. 110, n. 7, p. 447-451, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.14423/smj.0000000000000671>. Acessado em 23 out. 2024.

SCHUMANN, C.; STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. The contribution of faith-based health organisations to public health. **International Psychiatry**, v. 8, n. 3, p. 62-64, 2011. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6735024>. Acessado em 23 out. 2024.

SOARES, A.; Guimarães, A. Estilo de vida e hábitos de lazer de líderes religiosos de ambos os sexos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 17, n. 3, p. 83-95, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.18511/rbcm.v17i3.2077>. Acessado em 23 out. 2024.

TERRY, J. D.; CUNNINGHAM, C. J. L. The Sacred and Stressed: testing a model of clergy health. **Journal of Religion and Health**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00920-9>. Acessado em 23 out. 2024.

TRIGUEIRO, R. M. **Metodologia científica**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional, 2014.

VAHIA, I. V.; DEPP, C. A.; PALMER, B. W.; FELLOWS, I.; GOLSHAN, S.; THOMPSON, W.; ALLISON, M.; JESTE, D. V. Correlates of Spirituality in Older Women. **Aging & Mental Health**, v. 15, n. 1, p. 97-103, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501069>. Acessado em 23 out. 2024.

ZHANG, Y.; WU, Z. Environmental performance and human development for sustainability: Towards to a new Environmental Human Index. **Science of the Total Environment**, v. 838, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.156491>. Acessado em 23 out. 2024.

WARE, J. E. Jr.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914>. Acessado em 23 out. 2024.

WEBB, B. L.; MAMA, S. K. The provision of Clergy Health Resources by Faith-Based Organizations in the USA. **Journal of Religion and Health**, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10943-019-00963-y>>. Acessado em 23 out. 2024.

WEBB, B. L.; BOPP, M. J. Results of Walking in Faith: A faith-based physical activity program for clergy. **Journal of Religion and Health**, v. 56, p. 561-574, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10943-016-0255-2>>. Acessado em 23 out. 2024.

WEEMS, JR. L. H.; ARNOLD, J. E. **Chergy Health**: a review of literature. Center for Health. General Board of Pensions and Health Benefits. Lewis Center for Church Leadership, 2009.

WELLS, C. R.; PROBST, J.; MCKEOWN, R.; MITCHEM, S.; WHIEJONG, H. The relationship between work-related stress and boundary-related stress within the clerical profession. **Journal of Religion and Health**, v. 51, n. 1, p. 215-230, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10943-011-9501-9>>. Acessado em 23 out. 2024.

WHITE, E. G. **The Ministry of Healing**. Silver Spring: Ellen G. White Estate, 1905. Disponível em: <<http://www.centrowhite.org.br/files/ebooks/egw-english/books/The%20Ministry%20of%20Healing.pdf>>. Acessado em 17 mai. 2018.

_____. **A ciência do bom viver**. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 2013.

ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES EM COMUNIDADES DE FÉ

Nadma de Paula Forti
Gina Andrade Abdala

“Educar verdadeiramente não é ensinar fatos novos ou enumerar fórmulas prontas, mas sim preparar a mente para pensar” (Albert Einstein)

A adolescência é uma fase marcante, repleta de transformações físicas, emocionais e sociais. É nesse período que se formam muitos dos hábitos que podem influenciar toda a vida adulta. Contudo, as rápidas mudanças no comportamento alimentar e no estilo de vida têm levantado preocupações, especialmente diante do aumento do sedentarismo, do excesso de peso e até da obesidade entre jovens. Além disso, a exposição constante a telas de smartphones e videogames, somada à redução das horas de sono, tem comprometido ainda mais o bem-estar dessa faixa etária. Nesse contexto, as comunidades de fé têm se mostrado espaços estratégicos para promover hábitos saudáveis e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes.

Este estudo, realizado na região central do estado de São Paulo, buscou compreender melhor essa relação, analisando o estilo de vida e a qualidade de vida de adolescentes entre 12 e 20 anos que frequentavam essas comunidades. A pesquisa foi conduzida com uma abordagem quantitativa, incluindo 232 jovens que responderam questionários digitais sobre seus hábitos e saúde. Os instrumentos utilizados foram o *Questionário Oito Remédios Naturais* (Q8RN) na versão para adolescentes e o *Short-Form SF-36*, que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde. A coleta de dados foi organizada por meio da plataforma *Survey Monkey*, e o projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa.

Os resultados revelaram informações importantes. A maioria dos participantes (84,9%) tinha até 17 anos, com um Índice de Massa Corporal (IMC) médio de 22,4, dentro de uma faixa considerada saudável. O escore total de estilo de vida foi classificado como “bom”, com uma média de 48,3 pontos em uma escala que vai até 71. Entre as dimensões avaliadas, a “temperança” apresentou o melhor resultado

(média de 7,46), indicando que os adolescentes demonstraram autocontrole em seus hábitos. Entretanto, a dimensão “descanso” obteve a pontuação mais baixa (3,64), evidenciando a necessidade de melhorias no tempo e na qualidade do sono.

Quanto à qualidade de vida, o índice médio foi de 56,01, com destaque para a capacidade funcional, que alcançou uma média de 83,18, mostrando que os adolescentes se sentiam aptos a realizar suas atividades diárias. Outros aspectos bem avaliados foram o estado geral de saúde (62,99) e as limitações por questões físicas (62,02). Por fim, uma análise mais detalhada revelou uma correlação significativa entre o estilo de vida e a qualidade de vida ($r=0,42$; $p=0,001$), com 32 associações estatisticamente relevantes entre itens dos dois questionários.

Em síntese, o estudo demonstrou que, embora o estilo de vida dos adolescentes avaliados seja, em geral, positivo, o descanso se mostrou um ponto crítico que precisa ser trabalhado. Além disso, a forte relação entre bons hábitos e uma melhor qualidade de vida reforça a importância de intervenções voltadas para a promoção da saúde integral nas comunidades de fé. Esses espaços podem desempenhar um papel fundamental na orientação de adolescentes para escolhas mais saudáveis, contribuindo para um futuro mais equilibrado e satisfatório.

SAÚDE E ESTILO DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA: A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE E DA FAMÍLIA

O conceito de saúde evoluiu ao longo do tempo. Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definia saúde como o bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doenças (Organização Mundial da Saúde, 1946). Alguns anos depois, a Emenda Constitucional de 1999 ampliou essa definição, incluindo o bem-estar espiritual, além dos aspectos físico, mental e social. Essa visão holística da saúde tornou as medidas psicológicas e a percepção individual da saúde importantes, tanto quanto o diagnóstico de doenças fisiológicas (Inoue, Vecina, 2017).

Conforme disserta Barbosa Filho *et al.* (2014), uma percepção positiva da saúde na juventude está associada a melhores desfechos de saúde na vida adulta, indicando a importância de cultivar uma visão positiva desde cedo. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2018), os adolescentes jovens de 10 a 24 anos, são considerados um grupo saudável. No entanto, muitos morrem prematuramente em acidentes, suicídios, violência, complicações relacionadas à gravidez e doenças evitáveis ou tratáveis. Muitas doenças graves da idade adulta começam na adolescência. Por exemplo, com o uso de tabaco a dependência da nicotina, doenças sexualmente transmissíveis, hábitos alimentares e exercícios inadequados são causas de doenças prematuras ou morte mais tarde na vida (Galero *et al.*, 2017).

Conforme os estudos de Muros *et al.* (2017), a qualidade de vida relacionada à saúde é uma construção multidimensional que descreve o bem-estar em termos físicos, psicológicos e sociais. Segundo Piasetzki *et al.* (2020), a família tem papel predominante, influenciando na formação de hábitos saudáveis, e esta é uma importante dimensão dentro do modelo de estilo de vida que será utilizado neste estudo. Atualmente, tanto crianças quanto suas famílias estão cada vez mais imersas na tecnologia digital, o que contribui para um estilo de vida sedentário. Conforme Mendes *et al.* (2006) verificou-se que há correlação familiar entre obesidade, tabagismo e sedentarismo confirmando a influência da família nesses fatores de risco para as doenças cardiovasculares. O uso excessivo de dispositivos digitais também afeta a alimentação, influenciando a quantidade de refeições realizadas, o consumo de frutas e verduras, o apelo por guloseimas e a prática de atividade física.

Na comunidade de fé referida neste estudo, existe um protocolo de ensino para crianças e adolescentes, baseado em um *currículo* de atividades semanais chamado “Elo da Graça”, para crianças, e outro *currículo* para adolescentes, cujos subtemas englobam os aspectos de saúde. Além disso, os adolescentes participam de classes de estudos avançados de preparo para o batismo, que também orienta um estilo de vida saudável e mais, eles têm acesso a cursos de culinária e feiras de saúde.

Há ainda o *currículo* escolar com iniciativas governamentais, inserindo políticas públicas relacionadas à saúde e ao estilo de vida (Brasil, 2010). No entanto, ainda há a necessidade de planejamento de novas estratégias e ações para o controle do estilo de vida, principalmente relacionadas ao consumo alimentar. A promoção da alimentação saudável deve ser uma estratégia central para a diminuição da morbimortalidade precoce por doenças cardiovasculares, sendo importante buscar estratégias diferenciadas de acordo com o sexo e a faixa etária.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é analisar o estilo de vida dos adolescentes da comunidade de fé adventistas com base no instrumento Q8RN e a relação deste com a qualidade de vida relacionada à saúde de acordo com o instrumento SF- 36.

ADOLESCER NO BRASIL E NO MUNDO

Os adolescentes constituem um grupo prioritário para a promoção da saúde em todas as regiões do mundo (Brasil, 2018), em razão dos comportamentos que os expõem a diversas situações de riscos para a saúde. O estilo de vida global vem sofrendo mudanças gradativas que colocam em risco a saúde de crianças e adolescentes, conforme Soares *et al.* (2019), e, futuramente, a qualidade de vida de adultos e idosos. Nesse período de transição da infância para a vida adulta, ocorrem intensas transformações cognitivas, emocionais, sociais, físicas e hormonais. Na adolescência, crescem a autonomia e independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências (Soares *et al.* 2019).

Alguns desses comportamentos e vivências, representam importantes fatores de risco para a saúde, como o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o sexo não protegidos. Esses fatores aumentam o risco de acidentes e violências, além de contribuir para o desenvolvimento futuro de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, diabetes e câncer (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

A adolescência, nesse sentido, é um período caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. Ela se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social (Güemes-Hidalgo *et al.*, 2017).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (Brasil, 1990). Além da idade, o ambiente, a cultura, e até mudanças sociais podem afetar o desenvolvimento harmônico do ser humano. O contexto socioeconômico influencia comportamentos, expectativas de futuro, exigências sociais e formas de participação cultural, seja na área urbana, seja na rural. Também influencia experiências familiares, segundo diferentes configurações sociais e econômicas, em zonas de violência, no seio de minorias religiosas e étnicas, como entre indígenas e migrantes estrangeiros. Em cada um desses contextos, a adolescência está associada a diferentes condições de inserção ou exclusão social e guarda diferentes formas de ser e estar no mundo, que devem ser identificadas e compreendidas por todos (Oliveira, 2017). O período da adolescência, segundo Garbin *et al.* (2009), adquiriu uma reputação tempestuosa e estressante, o que não é exagerado, considerando a importância do processo. Na fase da adolescência, se experimenta os melhores índices de saúde e vitalidade, os quais podem ser mantidos e/ou melhorados, dependendo da percepção e valorização deles, influenciando na sua qualidade de vida.

O ciclo de vida particularmente saudável, evidência que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de modos de fazer “andar a vida”, de hábitos e comportamentos, que, em determinadas conjunturas, os vulnerabilizam. As vulnerabilidades produzidas pelo contexto social e as desigualdades, resultantes dos processos históricos de exclusão e discriminação, determinam os direitos e as oportunidades de adolescentes e jovens brasileiros (Brasil, 2018a).

Por ter uma autopercepção de saúde elevada, o adolescente ignora muitas vezes os cuidados básicos de saúde. Não se preocupa com o futuro, perde o senso de preservação da saúde e da prevenção das doenças. Ignoram os cuidados necessários para a vida longa e qualidade de vida (Raiser, Steclan, 2017). De acordo com Zappe *et al.* (2018), os comportamentos de risco são frequentemente adotados na busca por desafios

e novas experiências. Esses comportamentos podem promover o desenvolvimento psicossocial, pois a experimentação de riscos facilita as interações sociais e contribui para a autonomia. No entanto, a prática contínua desses comportamentos pode ter consequências negativas a curto, médio e longo prazo, prejudicando a saúde e o bem-estar. Conseqüentemente, muitos jovens se engajam em comportamentos que ameaçam sua saúde, enfrentando situações de risco desde idades mais precoces e contribuindo para o aumento das causas externas na mortalidade de adolescentes e jovens.

Por isso, as características dos adolescentes na área psicológica são muito importantes, porque buscam reconhecimento da sua identidade, mesmo que ainda encontrem-se instáveis e em desequilíbrio. Afinal de contas, eles demonstram introversão, audácia, timidez, descoordenação, desinteresse e até apatia, e surgem os conflitos religiosos também (Faustini *et al.*, 2003). Sabe-se que, neste período de confronto com mudanças de ordem biológica, cognitiva, emocional e sociocomportamental e o fato de terem de fazer opções e tomar decisões que trazem repercussões nos seus projetos de vida, são geradas necessidades específicas às quais os cuidados de saúde devem dar resposta (Vinagre, Barros, 2019).

Entre os comportamentos de risco, é possível citar níveis insuficientes de atividade física (36,5%) e hábitos inadequados como baixo consumo de frutas/verduras (46,5%), tabagismo, consumo abusivo de álcool, consumo de drogas ilícitas, envolvimento em situações de violência e comportamentos sexuais de risco (38,3%) (Farias Júnior *et al.*, 2009).

E mais, para o desenvolvimento pleno de um adolescente tem-se questões como do sono insuficiente ou inadequado improdutividade, isolamento social ou excesso de exposição ao perigo, influenciado por fatores individuais, socioculturais e diretamente relacionado à autoestima e bem-estar pessoal (Oliveira *et al.*, 2020a). O estudo de base populacional feito na Noruega somente com adolescentes, por exemplo, evidenciou que, em dias de semana, a média de horas/sono foi de 6h25 – configurando um déficit de mais ou menos duas horas – que a maioria (65%) apresentava longa latência para iniciar o sono (> 30 minutos) (Nunes, Bruni, 2015).

Uma pesquisa, com estudantes de 13 a 18 anos, revelou que 43% dormem menos de 6 horas por dia, enquanto a National Sleep Foundation recomenda 9 a 11 horas para crianças de 6 a 13 anos e 8 a 10 horas para adolescentes de 14 a 17 anos. A menor duração e qualidade do sono entre os adolescentes estão associadas a comportamentos menos saudáveis, como maior consumo de alimentos gordurosos e açucarados, uso de álcool e tabaco, menor atividade física e mais tempo de tela (Oliveira *et al.*, 2020a).

Em 2015, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) revelou que 55,5% dos adolescentes escolares brasileiros haviam experimentado bebidas alcoólicas. Entre estudantes de 13 a 17 anos, 63,3% já haviam provado álcool, e mais de um terço (34,6%) experimentou antes dos 14 anos. As meninas tiveram uma taxa de iniciação precoce maior (36,8%) em comparação com os meninos (32,3%).

Entre os que consumiram bebidas alcoólicas, 47% relataram episódios de embriaguez, sendo mais comum entre estudantes de escolas públicas (47,6%) do que nas privadas (43,4%). Aproximadamente 15,7% dos estudantes que beberam enfrentaram problemas, como conflitos familiares ou perda de aulas. A pesquisa também indicou que 22,6% dos estudantes dessa faixa etária já experimentaram cigarro, sem diferenças significativas entre meninos (22,5%) e meninas (22,6%). Cerca de 11,1% desses estudantes haviam fumado antes dos 14 anos. Deste modo, esses dados corroboram o fato de que as pesquisas comprovam: o início precoce do consumo de álcool, de tabaco e de diversas drogas, que ocorrem principalmente na adolescência, tornando-se um preocupante problema social e de saúde pública (Marques, Cruz, 2000).

Há um desequilíbrio quanto ao uso de álcool, drogas, uso da tecnologia digital e outros vícios. O consumo excessivo de álcool e outras substâncias alucinógenas são obstáculos para o desenvolvimento entre os adolescentes em diferentes partes do mundo. No Brasil, pesquisas vêm mostrando nos últimos anos que o início do consumo de álcool, de tabaco e de diversas drogas ocorrem principalmente na adolescência, tornando-se um preocupante problema social e de saúde pública (Ballesteros *et al.*, 2018; Aquino *et al.*, 2019).

No Brasil, conforme escrevem Alfieri *et al.* (2020), os adolescentes são a maior população (30,3%), isso representa mais de 35 milhões de pessoas. Deste modo, se faz necessário promover a adoção de hábitos saudáveis pelos adolescentes, para o desenvolvimento da sua capacidade inovadora, persistente e criativa. As doenças crônicas não transmissíveis têm uma incidência cada vez mais precoce. Esse fato tem relação direta com os hábitos e costumes que influenciam as ações dos indivíduos, ou seja, o estilo de vida que adotam. (Alfieri *et al.*, 2020).

Várias iniciativas de monitoramento desses comportamentos são destacadas no contexto nacional. Entre elas, o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid) realiza inquéritos sobre o uso de drogas psicotrópicas. Outro exemplo é o Inquérito de Tabagismo em Escolares, conduzido pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) em parceria com o CDC e a Organização Pan-Americana da Saúde, entre 2002 e 2003, em 12 capitais brasileiras com estudantes de 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 1ª série do Ensino Médio. Além disso, em 2003 e 2007, foram realizados inquéritos sobre fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes em escolas públicas do Rio de Janeiro (Castro *et al.*, 2008).

Um estudo com adolescentes do Pará revelou que, embora a altura e o estado nutricional estejam adequados, a dieta está mudando, com aumento no consumo de alimentos processados ricos em sódio, açúcar e gorduras, e uma deficiência em micronutrientes. Isso sugere uma transição da desnutrição para a obesidade, o que pode levar a problemas de saúde pública no futuro, como doenças crônicas não transmissíveis (Costa *et al.*, 2021).

Em São Paulo, o estilo de vida dos adolescentes também está em questão. Ferrari *et al.* (2017) encontraram uma baixa prevalência de estilo de vida saudável, sendo a alimentação inadequada o principal fator para esse quadro. A combinação entre consumo alimentar e atividade física entre os adolescentes foi baixa, indicando a presença de sedentarismo nessa faixa etária.

ADOLESCÊNCIA, SAÚDE E ESTILO DE VIDA

O fato de viver bem sugere um estilo de vida adequado, que é a maneira de viver com base em padrões identificáveis de comportamento, os quais são determinados pela interação entre as características pessoais e sociais do indivíduo e as condições socioeconômicas e ambientais de vida (Madeira *et al.*, 2018).

A saúde e longevidade não podem ser exclusivamente encaradas sob os olhares genéticos e biológicos, sendo necessária uma visão ampliada, onde a presença ou não da influência de aspectos do estilo de vida possam ser observados e encarados como principais determinantes, estes por sua vez, determinados por fatores internos e externos ao longo de toda uma vida (Cavalcanti, 1996). Não obstante, no campo da saúde, estilo de vida é majoritariamente objeto de estudo da epidemiologia, numa perspectiva restrita e fragmentadora, na medida em que reduz o complexo a variáveis, com vistas a identificar comportamentos de risco e de proteção à saúde e de suas associações com doenças crônicas (Madeira *et al.*, 2018).

Um outro conceito nos oferece (Farias *et al.*, 2016), quando mencionam como definição de estilo de vida saudável um conjunto de hábitos ou padrões individuais ou coletivo, adotados por influência social e/ou cultural, que podem ser modificáveis ou não, e que norteiam o comportamento em saúde de cada pessoa. Assim, o estabelecimento de comportamentos nutricionais saudáveis também é importante na adolescência, pois a promoção de práticas nutricionais saudáveis estabelecidas nesse período comumente persiste na vida adulta (Lake *et al.*, 2006). O estilo de vida, nesta pesquisa, está baseado em oito fatores necessários para viver bem e com saúde, permitindo um desenvolvimento harmonioso entre saúde física, mental e espiritual.

Por sua vez, o estilo de vida adventista tem seu embasamento nos princípios bíblicos e preconiza a prática de hábitos saudáveis. Estes hábitos estão pautados em oito aspectos, denominados Oito Remédios Naturais. Estes foram orientados por White (1905), e caracterizam um estilo de vida promotor de saúde integral. São recomendações para prevenir e tratar doenças, favorecendo a promoção da saúde.

Existe um programa nos Estados Unidos baseado nestes oito remédios, cuja sigla em inglês é *New Start*. Cada letra do acrostico representa um dos oito remédios: *nutrition, exercise, water, sunlight, temperance, air, rest, trust* [nutrição, exercício, água, luz solar, temperança, ar puro, repouso/sono, confiança em Deus]. Este programa incentiva boas práticas de saúde, tratamentos simples e de fácil acesso, e que são reconhecidos

pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como práticas promotoras da saúde e para o enfrentamento de doenças crônicas (Organização Mundial da Saúde, 2014).

De acordo com estudos realizados envolvendo populações de adventistas do sétimo dia de Loma Linda, na Califórnia, nos Estados Unidos, eles apresentaram hábitos de vida melhores do que os não adventistas, com menor prevalência de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, maior frequência de jejum saudável e menor frequência de lanches entre as refeições, indicando assim estilo de vida saudável e promotor da saúde de uma maneira geral (Kanno *et al.*, 2015).

Contextualmente, o estilo de vida adventista preconiza a abstinência de álcool, cigarro, carne de porco e frutos do mar e recomenda a dieta vegetariana, além da prática regular de exercícios físicos, o uso de água, o repouso, a exposição moderada ao sol e ao ar puro, e adequada espiritualidade (Fraser, 2003).

QUALIDADE DE VIDA

A busca por uma vida melhor é central para o conceito de qualidade de vida (QV), que abrange aspectos como saúde física e mental, relações sociais, crenças pessoais e características ambientais (Bortolotto *et al.*, 2018). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerando a cultura, valores, objetivos e preocupações (Organização Mundial da Saúde, 1946).

Dawalibi *et al.* (2013) definem qualidade de vida como relacionada à autoestima e bem-estar pessoal, englobando fatores como capacidade funcional, status socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais e religiosidade, estilo de vida e satisfação com o ambiente e atividades diárias.

Nesse sentido, na visão de (Borim *et al.*, 2012), identificar as virtudes da idade madura é um desafio intelectual com o qual se envolveram vários pensadores ao longo dos tempos. Vive-las de maneira positiva é questão existencial que se propõe a um número crescente de pessoas em todo o mundo, uma vez que o envelhecimento populacional está se generalizando. Assim sendo, para chegar ao envelhecimento com qualidade, se faz necessário começar cedo, antes da adolescência.

Segundo Minuzzi *et al.* (2019), a qualidade de vida é reconhecida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, um conceito que representa as respostas individuais aos efeitos físicos, mentais e sociais da doença sobre o cotidiano, e que influencia a extensão em que a satisfação pessoal com as circunstâncias da vida pode ser adquirida. O estilo de vida, influenciado pela urbanização, doenças e avanços tecnológicos, afeta a qualidade de vida. Nesse contexto, a percepção dos adolescentes sobre sua qualidade de vida está ligada à relação com os pais: uma relação positiva geralmente leva a uma percepção mais positiva da qualidade de vida e vice-versa (Pratta, Santos, 2007).

OBJETIVOS

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o estilo de vida e a qualidade de vida de adolescentes em Comunidades de Fé na região central de São Paulo. Teve como objetivos específicos: (1) Traçar o perfil do estilo de vida de adolescentes de 12 a 20 anos, baseado no *Questionário Oito Remédios Naturais* (Q8RN); (2) Descrever os componentes físico e mental da qualidade de vida por meio do SF – 36 desse grupo específico; (3) Associar estilo de vida e qualidade de vida desses adolescentes.

HIPÓTESE

A membresia da comunidade de fé recebe informações e motivação para seguir os princípios de saúde e bem-estar. Os adolescentes são alertados quanto ao consumo de bebida alcoólica, fumo ou drogas, a evitar bebidas à base de cafeína e ter um dia para sua espiritualidade. Baseado nisto, presume-se que hábitos saudáveis tenham sido formados. Sendo assim, pressupõe-se que os adolescentes de comunidades de fé possuem bom estilo de vida e conseqüentemente, boa qualidade de vida.

JUSTIFICATIVA

O adolescente está em uma fase de intenso desenvolvimento físico e psicológico, enfrentando diversas tentações e escolhas. É crucial que ele aprenda a optar por uma alimentação saudável e a equilibrar seu tempo, evitando o excesso de redes sociais e internet, enquanto explora o potencial do mundo ao seu redor (Costa *et al.*, 2020).

No entanto, muitos adolescentes levam uma vida sedentária, com pouco movimento (Guerra *et al.*, 2016). Um estudo revelou que 56,1% dos estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental passam mais de três horas diárias em atividades sedentárias e assistem TV por mais de duas horas por dia (Silva Filho *et al.*, 2020). Além disso, o tempo de sono também está diminuído (Duarte *et al.*, 2020). Os adolescentes frequentemente valorizam as amizades, tanto virtuais quanto reais, embora essas possam ser superficiais e descartáveis, e muitos encontram seu principal lazer na mídia (Costa *et al.*, 2020). Desta forma, é importante comparar o estilo de vida e a qualidade de vida de adolescentes que pertencem a comunidades de fé.

RELEVÂNCIA SOCIAL

A quantidade de adolescentes que apresentam um quadro de doenças crônicas está aumentando e antecipando doenças que outrora eram consideradas naturais para idosos. Existe a preocupação de que os adolescentes possam viver com saúde e bem-estar, adiando ao máximo as doenças. Por esta razão, considera-se que o estilo de vida saudável é fator decisivo para um viver longo e com saúde (Rizzuto *et al.*, 2012; Oliveira *et al.*, 2020a).

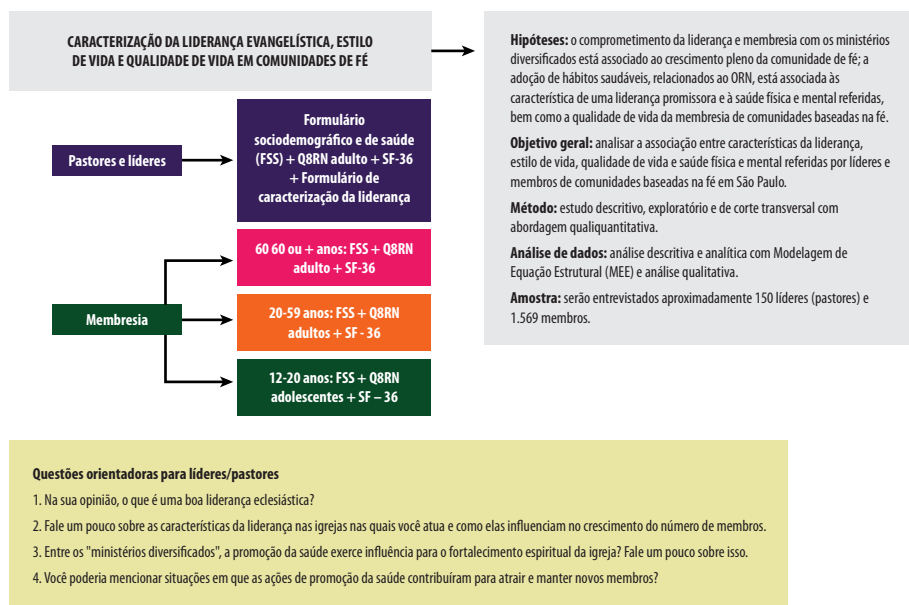
Deste modo, pretende-se mostrar à comunidade que, se os adolescentes estiverem comprometidos com o cuidado de si mesmos, conseguirão ajudar outros na busca da saúde e plenitude de vida, porque cada adolescente é um influenciador com seus hábitos de vida. Assim sendo, supõe-se que este projeto contribuirá, esclarecendo as oito dimensões de saúde como influência para um viver saudável; e desencadeará a formação de políticas públicas ou atividades particulares para o desenvolvimento de projetos específicos que promovam a relevância do tema; bem como, para a adoção de hábitos saudáveis pelos adolescentes de maneira geral, além dos da comunidade de fé.

Essa temática poderá ser uma contribuição para a ciência, pois serão produzidas informações científicas para a sociedade e comunidades de fé dos participantes da pesquisa, já que adolescentes com ou sem recursos poderão desfrutar das oito dimensões de saúde como promotoras de qualidade de vida.

MÉTODOS

O Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp), campus São Paulo, possui o grupo de pesquisa em Religiosidade/Espiritualidade na Integralidade da Saúde (REIS) e este estudo configura-se como parte de um projeto proposto por esse grupo. O projeto foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Promoção da Saúde do Unasp, conforme evidenciado na parte verde do desenho metodológico apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Desenho metodológico do estudo



Fonte: Elaborado pelos autores.

TIPO DE ESTUDO

Foi realizado estudo descritivo, analítico, de corte transversal e amostra não probabilística em adolescentes de 12 a 20 anos em comunidades de fé, predominantemente por adventistas do sétimo dia e simpatizantes desta crença religiosa, pertencentes à região central de São Paulo, onde compreende a área da Associação Paulistana, denominada conforme diretrizes da União Central Brasileira.

LOCAL DA COLETA

A pesquisa foi realizada através da Igreja Adventista do Sétimo Dia, numa reunião específica para adolescentes. Foram aplicados os instrumentos para os adolescentes no momento de uma reunião chamada “Congresso AdoleSer”, com assinatura prévia dos pais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aqueles que se dispuseram a participar, espontaneamente responderam aos questionários. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo sob número CAAE: 04335818.7.0000.5377.

CASUÍSTICA

Os adolescentes, participantes deste estudo, são da comunidade de fé e participam de atividades voltadas para a saúde e bem-estar. Eles estudam sobre alimentos saudáveis e a importância da atividade física. Pertencem a escolas confessionais em áreas da grande São Paulo e frequentam reuniões nestas comunidades de fé. Foram convidados para participar da pesquisa de forma digital, acessando o link (https://pt.surveymonkey.com/r/Nadma_AdoleSer). Ainda, dispuseram de tempo para tirar dúvidas e responder ao questionário de forma digital, pelo período de duas horas em 17 de agosto de 2019.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para participar do estudo, os adolescentes precisavam atender a alguns critérios específicos. A faixa etária estabelecida era entre 12 e 20 anos, e era fundamental que eles apresentassem capacidade de leitura e compreensão de texto, já que responderiam aos questionários de forma independente, sem o auxílio de terceiros. Além disso, era necessário que estivessem em boas condições emocionais e cognitivas durante o momento da pesquisa, algo observado por meio de sua postura e comportamento enquanto respondiam às perguntas.

Outro requisito essencial era a aceitação voluntária de participação, formalizada pela assinatura do Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido

(TAILE). Para os adolescentes menores de 18 anos, essa autorização precisava ser acompanhada da concordância dos pais ou responsáveis legais, que também assinavam digitalmente o termo de consentimento por meio da plataforma Survey Monkey. Essa estrutura garantiu que a pesquisa fosse conduzida de forma ética e transparente, respeitando os direitos e a autonomia dos participantes e de suas famílias.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento, objeto de estudo, que se apresenta nesta pesquisa, o *Questionário Oito Remédios Naturais* (Q8RN), foi construído e validado quanto ao conteúdo na versão adolescente (Oliveira *et al.*, 2020b). A construção do Q8RN foi desenvolvida com oito domínios pré-fixados com base nos ORN (1) nutrição, (2) exercício físico, (3) água, (4) luz solar, (5) temperança, (6) ar puro, (7) descanso/sono, (8) confiança em Deus e 19 itens distribuídos nos respectivos domínios (Oliveira *et al.*, 2020b).

Essa característica do instrumento se justifica em função do referencial de saúde integral adotado como estilo de vida adventista, que foi objeto de estudo sobre longevidade conduzidos nas *Blue Zones*, utilizado para avaliar as características de algumas populações consideradas como sendo as mais longevas do mundo, dentre estas, os adventistas do sétimo dia de Loma Linda, na Califórnia, que se destacou com maior expectativa de vida (Buettner, 2012).

O *score* total do “Q8RN” corresponde a soma dos valores de cada item. O valor atribuído a cada resposta pode variar de zero a quatro, totalizando 76 pontos no máximo, caso todas as perguntas sejam respondidas na última coluna à direita. Assim sendo, tem-se os seguintes parâmetros para classificação do estilo de vida baseado nos ORN: 0-22 = insuficiente; 23-39 = regular; 40-51 = bom; 52-63 = muito bom; 64-76 = excelente.

A escala de Likert (zero a quatro pontos em ordem crescente) foi utilizada para calcular o escore de cada item, exceto dois itens que foram dicotômicos no domínio temperança (Oliveira *et al.*, 2020b). Nesse domínio, preconiza-se que, segundo o referencial teórico de White (2013), algumas práticas, como o caso de bebidas alcoólicas e uso de drogas psicoativas ilícitas, não podem ter meio termo, ou é sim ou não.

Para avaliar o estilo de vida, utilizou-se o meio digital da plataforma *Survey Monkey* para acessar o link da pesquisa e responder ao questionário. Os adolescentes usaram seus próprios aparelhos smartphones. O questionário original está numa plataforma de acesso livre, com o aplicativo desenvolvido para aplicação do Q8RN (www.q8rn.com). Como instrumento de medida da qualidade de vida, foi utilizado o questionário genérico SF-36, posto que foi validado em mais de 15 países, incluindo o Brasil. Ainda mais, o questionário avalia a saúde física e mental, apresenta robustez psicométrica e sua relativa simplicidade foram fatores para sua escolha. O SF-36 contém 36 itens, dos quais 35 encontram-se agrupados em oito dimensões e um último

item que avalia a mudança de saúde no tempo. Para cada dimensão, os itens do SF-36 são codificados, agregados e transformados em uma escala de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde) (Aranha *et al.*, 2006).

ANÁLISE DE DADOS

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o *software* Statistical Package of Social Science (SPSS), realizando-se os seguintes testes: teste de Kolmogorov Smirnov para normalidade dos dados, teste de Alpha de Cronbach para averiguar a confiabilidade interna dos instrumentos Q8RN e SF – 36, nessa amostra, e a correlação de Pearson para analisar correlação entre o estilo de vida e a qualidade de vida. Os dados foram apresentados em forma de tabelas com as medidas principais de frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio padrão, porcentagens e valores mínimo e máximo. Quanto à estatística inferencial foram apresentados também em tabelas com os coeficientes de correlação de Pearson (r) e significância estatística estabelecida com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foi possível obter neste estudo, uma amostra de 232 adolescentes, de 12 a 20 anos que pertencem a uma Comunidade de Fé e que residem na região central de São Paulo. A grande maioria (84,9%) dos adolescentes entrevistados tinha até 17 anos, sendo que metade (50,0%) estavam na faixa dos 15 aos 17 anos. Apenas 15,1% deles estavam entre 18-20. A média de IMC dessa amostra foi de 22,4 (DP= 4,6), estando abaixo do normal, em média (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição da amostra estudada por idade, peso, altura e IMC

	n	%	% ACUMULADA
Idade			
12-14	81	34,9	34,9
15-17	116	50,0	84,9
18-20	35	15,1	100,0
Total	232	100,0	

	n	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Peso	280	60,2	14,97
Altura	284	1,7	0,10
IMC	280	22,4	4,6

Dos 232 participantes desta pesquisa, 192 responderam todas as perguntas do Questionário de Estilo de Vida (Q8RN). A média do Escore Total foi de 48,3 (DP= 10,16), variando de 0,00 a 71,00. De acordo com os critérios do próprio teste, pode-se considerar que esse resultado é “bom”. É importante lembrar que o escore máximo do questionário, somando os pontos de todas as dimensões, é de 76.

A dimensão que obteve os melhores resultados foi a da Temperança, uma vez que a média de 7,46 (DP= 1,69) dessa dimensão quase alcançou o valor total de pontos. Outrossim, a variável confiança em Deus também obteve um resultado bom, com uma média de 12,70 (DP=2,78), lembrando que o valor máximo de pontos para essa dimensão é de 16. Os resultados das médias da nutrição, exercício, água e o ar ficaram próximas da média, segundo a pontuação de cada score. Já o pior resultado foi visto na variável descanso, com um valor de 3,64 (DP=2,09), estando abaixo da média (Tabela 2).

Tabela 2 – Escore Total e por dimensão do Questionário dos 8 Remédios Naturais

	n VÁLIDO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	mínimo	máximo
Q8RN Total	192	48,31	10,16	0	71
Nutrição	201	4,04	1,69	0	8
Exercício	198	6,27	3,54	0	12
Água	199	4,00	1,72	0	8
Sol	199	5,73	1,81	0	8
Temperança	199	7,46	1,69	0	8
Ar	199	4,47	1,86	0	8
Descanso	202	3,64	2,09	0	8
Confiança em Deus	200	12,70	2,78	0	16

Em relação aos resultados do Questionário de Qualidade de Vida, a Tabela 3 mostra que os adolescentes desta pesquisa obtiveram uma média de 64,57 (DP=15,51). Esse escore total dos participantes variou de 20,37 a 92,59. A dimensão que apresentou a média mais alta foi a de “Capacidade Funcional”, com 83,18 (DP=18,99), seguida das dimensões estado geral de saúde e limitação por aspectos físicos, com médias de 62,99 (DP=18,55) e 62,02 (DP=36,01) respectivamente. Os piores resultados foram para a dimensão “Dor” (54,24; DP=17,70) no componente físico e “Vitalidade” (54,51; DP=22,54) no componente mental da qualidade de vida.

Tabela 3 – Escore Total e por componentes do Questionário de Qualidade de Vida [SF 36].

	n VÁLIDO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	mínimo	máximo
Escore Total	167	64,57	15,51	20,37	92,59
Componente Físico					
Capacidade Funcional	181	83,18	18,99	0	100
Limitação por Aspectos Físicos	183	62,02	36,01	0	100
Estado geral de saúde	183	62,99	18,55	0	100
Dor	182	54,24	17,77	0	80
Componente Mental					
Vitalidade	184	54,51	22,54	0	100
Limitação por aspectos emocionais	181	56,54	39,93	0	100
Aspectos Sociais	183	68,44	26,04	0	100
Saúde Mental	184	60,96	22,28	0	100

Diferente do que era esperado, houve associação estatisticamente significativa entre o estilo de vida dos adolescentes estudados e a qualidade de vida dos mesmos, quando se analisa os escores totais dos dois questionários (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlação entre Estilo de Vida (Q8RN) e Qualidade De Vida (SF-36) dos Adolescentes.

		QUALIDADE DE VIDA	Q8RN
Qualidade de Vida	Correlação de Pearson	1,00	0,42
	Significância		0,001
	N	192	162
Q8RN	Correlação de Pearson	0,42	1,00
	Significância	0,001	
	N	162	167

Quando a correlação é feita entre todas as dimensões de ambos os questionários, percebe-se que há associações estatisticamente significantes entre várias delas. É o que mostra a Tabela 5, onde pode ser visto 32 correlações significantes entre as dimensões do Q8RN e do SF-36. A variável estado geral de saúde foi a que mais se relacionou com as dimensões do Estilo de Vida, não obtendo correlação estatisticamente significativa apenas com a variável temperança. Além disso, a capacidade funcional também obteve correspondências relevantes com quase todas as dimensões do Q8RN.

É importante notar que a dimensão Dor também obteve correlações com as variáveis do Q8RN, o que significa que quanto maior os escores do estilo de vida, menor será o escore da Dor, o que era esperado. A variável Aspectos Sociais se relacionou com as variáveis Exercício, Sol e Descanso, e a variável Saúde Mental se correlacionou com Exercício, Sol, Temperança, Descanso e Confiança em Deus.

Tabela 5 – Correlações entre as dimensões do Estilo de Vida (Q8RN) e de Qualidade de vida (Sf-36).

DIMENSÕES Q8RN	COMPONENTES QV	CAPFUNC	LAF	DOR	EGS	VIT	AS	LAE	SM
Nutrição	Correlação de Pearson	0,14	0,04	0,07	0,22	0,12	0,04	-0,05	0,14
	Significância	0,059	0,618	0,338	0,003	0,097	0,573	0,515	0,053
	N	179	181	180	181	182	181	179	182
Exercício	Correlação de Pearson	0,40	0,06	0,18	0,37	0,43	0,20	0,04	0,30
	Significância	0,001	0,398	0,018	0,001	0,001	0,008	0,621	0,001
	N	177	179	178	179	180	179	177	180
Água	Correlação de Pearson	0,09	0,01	-0,01	0,18	0,09	-0,01	-0,12	0,07
	Significância	0,251	0,878	0,848	0,018	0,230	0,870	0,115	0,358
	N	178	180	180	180	181	180	178	181
Sol	Correlação de Pearson	0,34	0,11	0,05	0,30	0,29	0,17	0,16	0,28
	Significância	0,001	0,148	0,531	0,001	0,001	0,022	0,031	0,001
	N	178	180	179	180	181	180	178	181
Temperança	Correlação de Pearson	0,18	0,07	-0,22	0,14	0,05	-0,12	0,05	0,16
	Significância	0,015	0,353	0,802	0,069	0,465	0,122	0,544	0,035
	N	178	180	179	180	181	180	178	181
Ar	Correlação de Pearson	0,18	-0,03	-0,05	0,20	0,02	-0,05	0,01	-0,03
	Significância	0,017	0,687	0,534	0,007	0,748	0,522	0,920	0,726
	N	178	180	179	180	181	180	178	181
Descanso	Correlação de Pearson	0,22	0,21	0,25	0,29	0,38	0,23	0,21	0,32
	Significância	0,003	0,005	0,001	0,001	0,001	0,016	0,004	0,001
	N	181	183	182	183	184	183	181	184
Confiança em Deus	Correlação de Pearson	0,29	0,21	0,03	0,29	-0,04	0,11	0,08	0,25
	Significância	0,001	0,004	0,696	0,001	0,556	0,145	0,288	0,001
	N	180	182	181	182	184	182	180	183

Fonte: Q8RN – Questionário Oito Remédios Naturais; SF-36 – Short Form – Questionário de Qualidade de Vida; Números em negrito: $p < 0,05$ (estatisticamente significativo).

DISCUSSÃO

É interessante observar que os 232 adolescentes investigados, pertencentes à uma comunidade de fé, apresentaram um estilo de vida bom. A consequência desse Estilo de Vida “bom” pode ser vista na média do IMC que foi de 22,4 (DP=4,6). Dentro dos oito itens relacionados do estilo de vida, foi interessante ver os itens temperança e confiança em Deus apresentarem médias elevadas. Essas áreas surpreenderam, embora fosse desejado, por se tratar de uma comunidade de fé. Estes seis itens são fundamentais para a saúde e cada um deles contribui para melhorar a qualidade de vida e estilo de vida.

Nesta amostra, ao responderam as questões relativas à temperança, ou seja, o uso de bebidas alcoólicas ou drogas lícitas e ilícitas, obteve-se uma média de 7,46 um desvio padrão de 1,86. Esse resultado surpreendeu, visto que nesta faixa etária, segundo outros estudo citados, adolescentes fazem uso de drogas lícitas e ilícitas. Conforme Marques e Cruz (2000), o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) mostrou que existe uma tendência ao aumento do consumo dos inalantes, da maconha, da cocaína e de crack em determinadas capitais. Assim, o álcool e o tabaco continuam de longe a ocupar o primeiro lugar como as drogas mais utilizadas ao longo da vida e com mais problemas associados, como por exemplo, os acidentes no trânsito e a violência.

Contudo, os adolescentes do presente estudo estão conscientes das questões da temperança, isto é, evitam o uso de álcool e drogas. As pesquisas que relacionam a temperança à saúde dos adolescentes ainda são muito limitados aos vícios e não abrangem outras condutas do cotidiano, cujos excessos comprometem a saúde (Costa *et al.*, 2020).

Observou-se que a prevenção e o ensino sobre temperança são fundamentais, visto que, estudos constataram que a maioria dos indivíduos teve o seu primeiro contato com o álcool na adolescência, entre os 15 e os 17 anos. A dependência alcoólica é responsável por muitos problemas que afetam os indivíduos, com graves consequências, tanto físicas como psíquicas (Pechansky, 2004). Em relação ao tabagismo, segundo Ferrari *et al.* (2017), no Município de São Paulo, mostrou que 10% dos idosos, 25,5% dos adultos e 4,5% dos adolescentes eram tabagistas. A proporção de tabagistas adolescentes, conforme (IBGE, 2015) mostrou que no 9º ano do Ensino Fundamental foi de 5,1% no Brasil, 5,5% no Sudeste e 7,3% no Estado de São Paulo. Em relação ao alcoolismo, no município de São Paulo, 18,8% dos adolescentes referiram um consumo abusivo de álcool.

Alguns estudantes associam drogas e álcool, numa dosagem rápida chamada *Binge Drinking*. Conforme Raposo *et al.* (2017), estar na faixa etária de 16 a 19 anos, ser do sexo masculino e não ter religião também foram significativamente associados ao uso de drogas ilícitas na faixa etária de 13 a 15 anos. Não ter afiliação religiosa aumentou em 37% a prevalência de usar drogas quando comparados aos estudantes que informaram ter religião.

Como comunidade de fé, crê-se que a confiança em Deus faz a diferença na vida do adolescente. Segundo Conceição *et al.* (2020), a confiança em Deus, entendida como dimensão da espiritualidade, protege os adolescentes quanto ao uso de drogas. Essas práticas pressurizam comportamentos benéficos à qualidade de vida dos adolescentes que o afligem com condições prejudiciais à saúde, como fumar, ingerir álcool e o uso de drogas ilícitas. Além disso, eles podem receber uma influência positiva dos pais e amigos em relação à religiosidade, espiritualidade e saúde, possibilitando assim, sua felicidade.

No item confiança em Deus, Thiengo *et al.* (2019) mostram a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. Há correlação significativa e positiva sobre a taxa de saúde e doença. Não quer dizer que a espiritualidade ou religiosidade sejam um salvo conduto, mas os resultados mostram efeitos positivos em vários aspectos como redução da mortalidade em geral, na imunologia, na saúde mental, em doenças cardiovasculares, infecto parasitárias como o HIV e neoplasias. Porém, as pessoas que buscam esses fatores se fortalecem, através do exercício da fé e relacionamento como o poder superior. Além disso, contam com o suporte social, rede de amigos que auxiliam, impactando diretamente na sua saúde.

A espiritualidade e religiosidade têm uma influência positiva significativa na saúde física, contribuindo para aspectos como esperança, autoconfiança, longevidade e menor ansiedade e depressão (Inoue; Vecina, 2017). A confiança em Deus também é uma parte importante do estilo de vida, impactando positivamente a qualidade de vida.

Segundo Bonzanini *et al.* (2020), uma alimentação saudável melhora o estado nutricional dos adolescentes e sua capacidade de aprender e ainda promove o controle do diabetes, aumentando a ingestão de alimentos ricos em fibras, com baixo índice glicêmico. Em pacientes obesos, a adoção de um estilo de vida mais ativo com a redução do consumo de “comida lixo”, é uma medida preventiva básica para a saúde metabólica. Por isso, uma alimentação saudável e balanceada na fase da adolescência promove saúde com efeitos que podem ser estendidos à fase adulta.

Em relação à atividade física, Ribeiro *et al.* (2020) mostra que os adolescentes que praticam exercícios físicos regularmente têm maior possibilidade de se tornarem adultos mais ativos, quando comparados com o grupo dos adolescentes sedentários. O autor também mostra que a prática regular de exercícios físicos traz benefícios imediatos à saúde do adolescente, bem como o predispõe a uma vida adulta mais saudável.

Outro elemento fundamental para a saúde do adolescente é a utilização da água. Rondon *et al.* (2020) demonstram que a água é um elemento vital para sustentar a vida. Ela é essencial para o funcionamento e equilíbrio de todo o metabolismo corporal, além de contribuir para a redução do peso e melhora a atenção visual. Contudo, a maioria dos adolescentes não bebe a quantidade diária recomendada, o que o torna um problema de saúde pública.

De igual modo, a exposição à luz solar é importante para a síntese de vitamina D, essencial para a saúde dos adolescentes, embora seja necessário o uso de fotoprotetores para evitar danos (Pinheiro *et al.*, 2020). Por outro lado, a exposição a ambientes com qualidade de ar comprometida pode levar a doenças respiratórias e crônicas (Feitosa *et al.*, 2020).

O resultado mais baixo das dimensões do estilo de vida no presente estudo foi a do repouso, que é um dos elementos que concorrem nessa faixa etária, visto que utilizam toda tecnologia e ficam muitas horas sem dormir. Em relação ao repouso, Duarte *et al.* (2020) mostram que existe associação entre dormir pouco e pior qualidade de vida. Também indicam que essa falta de sono tem forte impacto no foco e no desempenho acadêmico. Deste modo, se faz necessário ações para reduzir o tempo gasto em dispositivos eletrônicos e incentivar a atividade física e uma dieta saudável para ajudar a melhorar os hábitos de sono entre os adolescentes.

Por conseguinte, o fator sono gera preocupação, visto que interfere na assimilação do conteúdo abordado em sala de aula. Segundo Batista *et al.* (2018), ao analisar a associação, em adolescentes, entre a percepção da qualidade do sono e a assimilação do conteúdo abordado em salas de aula, 44,1% relataram dificuldade de assimilação do conteúdo, 77,1% dormiam menos de 8 horas e 28,9% tinham uma percepção ruim da qualidade do sono.

Em um estudo transversal com 1.432 adolescentes (53,1% do sexo feminino), de 10 a 14 anos de idade ($12,0 \pm 1,0$ ano) de escolas públicas de João Pessoa/PB, a prevalência de duração insuficiente e a percepção negativa da qualidade do sono foram de 12,6% (intervalo de confiança de 95% [IC95%] 10,9-14,4) e 21,0% (IC95% 18,9-23,1), respectivamente. Identificou-se tendência linear de aumento na chance de os adolescentes apresentarem duração insuficiente de sono com o aumento do número de fatores negativos (inatividade física, tempo excessivo de tela, excesso de peso corporal) a que eles estavam expostos (*Odds Ratio* [OR]=4,31; IC95% 1,50-12,48). E concluíram que os adolescentes expostos simultaneamente a baixos níveis de atividade física, tempo excessivo de tela e excesso de peso tiveram menor duração de sono (Souza Neto *et al.*, 2021).

Conforme ocorre o aumento da idade na adolescência, há uma diminuição das horas de sono, uma diminuição das horas de sono dos 13 aos 18 anos (de oito a dez horas) e um aumento dessas horas a partir dos 19 anos. Estudos em diversos países mostram que o sono dos adolescentes do século XXI é diferente do recomendado. Segundo Oliveira *et al.* (2019), isso influencia fatores comportamentais e de saúde mental. O tempo de tela afeta o início e a duração do sono, gerando sonolência diurna, cansaço e insônia que resulta em uma diminuição do desempenho acadêmico, piora na concentração e muitas vezes, fracasso em disciplinas, e aqueles com baixa duração do sono ainda apresentam índice mais elevado de massa corpórea, pior bem-estar psicológico, e maior consumo de alimentos calóricos derivados de gordura e açúcares.

Analisando a relação entre o estilo de vida e a qualidade de vida, os dados indicam que as dimensões do estilo de vida medidos pelo Q8RN estão mais correlacionadas com o componente físico do SF-36 do que com o componente mental. Entre as variáveis do Q8RN, o repouso mostrou a correlação mais significativa com as dimensões da qualidade de vida, enquanto a nutrição teve uma correlação mais limitada. Apesar dos bons índices gerais de estilo de vida em adolescentes de comunidades de fé, há necessidade de melhorar aspectos como o repouso para otimizar a qualidade de vida. Os resultados corresponderam à hipótese, visto que os adolescentes de comunidades de fé possuem bom estilo de vida e consequentemente melhor qualidade de vida, embora precisem melhorar os escores baixos, como o do repouso.

CONCLUSÃO

Conforme confirmado na literatura, o adolescente necessita de orientação sobre a importância de se adotar um estilo de vida saudável e a possível influência dele na qualidade de vida. Baseado nos resultados deste trabalho, é necessário que haja atenção especial para as dimensões da nutrição, exercício, água e ar, além de investimento dobrado para a dimensão descanso nessa faixa etária.

Já é sabido que a qualidade do sono é relevante em todos os períodos da vida, mas na adolescência, o cuidado com o sono se torna ainda mais acentuado, por conta de todas as mudanças fisiológicas e sociais inerentes. Necessita-se de medidas educativas, motivadoras para a aquisição de hábitos saudáveis, como a nutrição adequada, o hábito de movimentar o corpo, evitando o sedentarismo e a prática de atividade física, além de não fazer o uso de drogas lícitas e ilícitas. É necessário enfatizar que, por meio do sono adequado, ocorre equilíbrio no organismo e as práticas de todos estes fatores que geram saúde, melhoram também a questão da saúde mental na adolescência.

Várias dimensões do estilo de vida se correlacionam com as de Qualidade de Vida, principalmente as do componente físicos. Faz-se necessário projetos, programas e políticas que buscam ajudar os adolescentes na questão da prática da atividade física e na adoção de hábitos saudáveis, em geral. A questão do uso excessivo de telas e sua influência na quantidade e qualidade do sono também precisa ser algo mais abordado e discutido.

REFERÊNCIAS

ALFIERI, F. M.; MEIRA, M. D. D.; ABDALA, G. A. 8 Remédios Naturais. **Lecturas:** Educación Física y Deportes, v. 24, n. 260, 2020. Disponível: <<https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/issue/view/27#YKKzg4o7tsA>>. Acesso em: 18 mai de 2021.

AQUINO, J. M.; TEIXEIRA, K. S.; SILVA, D. M. R.; XAVIER, R. F.; MEDEIROS, S. E. G.; FALCÃO, V. T. L. F. Consumo de bebidas alcoólicas por estudantes de escolas públicas da cidade do Recife-PE. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 15, n. 2, p. 60-68, 2019.

ARANHA, L. L. M.; MIRÓN CANELO, J. A.; ALONSO SARDÓN, M.; DEL PINO MONTES, J.; SÁENZ GONZÁLEZ, M. C. Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 298-303, 2006.

BATISTA, G. A.; SILVA, T. N.; OLIVEIRA, M. R.; DINIZ, P. R. B.; LOPES, S. S.; OLIVEIRA, L. M. F. T. Associação entre a percepção da qualidade do sono e a assimilação do conteúdo abordado em sala de aula. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 315-321, 2018.

BALLESTEROS, M. S.; FREIDIN, B.; WILNER, A. Determinantes sociais associados à atividade física recreativa e cuidados com a saúde. **Leituras: Educação Física e Esportes**, v. 26, n. 276, p. 2-19, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.46642/efd.v26i276.2804>>. Acesso em: 18 mai de 2021.

BARBOSA FILHO, V. C.; SILVA, K. S.; RECH, C. R.; BRITO, A. L. S.; OLIVEIRA, E. S.; NAHAS, M. V. Mudanças no estilo de vida e na percepção da saúde em estudantes do ensino médio: análise prospectiva do projeto “saúde na boa”. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 16, p. 55-67, 2014.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, v. 28, n. 4, p. 769-780, 2012.

BORTOLOTTO, C. C.; LORET DE MOLA, C.; TOVO-RODRIGUES L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.

BONZANINI, M. C.; RIBEIRO, F. C.; FARIAS, A. F. T.; DIVINO, S. C. A.; MEIRA, M. D. D. A influência da dieta na saúde do adolescente: uma revisão integrativa. **Leituras: Educação Física e Esportes**, v. 24, n. 260, p. 67-77, 2020.

BRASIL. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. 2018b. Acesso: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_vigilancia_fatores_risco.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BUETTNER, D. **As zonas azuis: 9 lições para viver mais tempo com as pessoas que viveram mais**. São Paulo: National Geographic Books, 2012.

CASTRO, I. R. R.; CARDOSO, L. O.; ENGSTROM, E. M.; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2279-2288, 2008.

CAVALCANTI, K. B. Lazer, estilo de vida e longevidade. **Movimento Revista de Educação Física da UFRGS**, v. 3, n. 5, p. 38-43, 1996.

CONCEIÇÃO, D. B. G.; JESKE, N.; DIVINO, S. C. A.; ABDALA, G. A.; RODRIGUES FILHO, M. Confianza en Dios: dimensión de la espiritualidad en la vida del adolescente. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 24, n. 260, p. 136-145, 2020.

COSTA, A. G. S.; SOUZA, R. J. A.; FIGUEIRAS, L. A. Analysis of the nutritional status of adolescents in the state of Pará, Brazil. **Archivos de Medicina**, v. 21, n. 2, p. 1-20, 2021.

COSTA, E. S.; RODRIGUES T. B.; ABDALA, G. A.; FORTI, N. Revisão Integrativa: temperança e saúde do adolescente. **Lecturas: Educación Física y Deportes**. v. 24, n. 260, p. 123-135, 2020.

DAWALIBI, N. W.; ANACLETO, G. M. C.; WITTER, C.; GOULART, R. M. M. Envelhecimento e qualidade de vida: análise de produção científica da SciELO. **Estudo de Psicologia**, v. 30, n. 3, p.394-401, 2013.

DUARTE, F. L. C.; SILVEIRA, A. V.; RIBEIRO, F. C.; MORAES, M. C. L.; MEYRA, M. D. D. A importância do sono na saúde do adolescente: uma revisão integrativa. **Leituras: Educação Física e Esportes**, v. 24, n. 260, p. 95-109, 2020.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; LOCH, E. S. A.; BEM, M. F. L.; LOPES, A. S. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 4, p. 344-352, 2009.

FARIAS, E. S.; SOUZA, L. G.; SANTOS, J. P. Estilo de vida de escolares adolescentes. **Revista Adolescência e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 40-49, 2016.

FAUSTINI, D. M. T.; NOVO, N. F.; CURY, M. C. F. S.; JULIANO, Y. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 783-790, 2003.

FEITOSA, A. S.; PINHEIRO, L. M.; KOTINSCKI, D. A. S.; PEREIRA, J. G.; MEIRA, M. D. D. Influência da qualidade do ar na saúde do adolescente. **Leituras: Educação Física e Esportes**, v. 24, n. 260, p. 42-66, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46642/efd.v24i260.1905>. Acesso em: 20 mai. 2021.

FERRARI, T. K.; CESAR, C. L. G.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM, M.; FISBERG, R. M. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017.

FRASER, G. E. **Diet, life expectancy, and chronic disease**: studies of Seventh Day Adventists and other vegetarians. Oxford: Oxford University Press, 2003.

GALERO, G. A.; QUIÑONES, J. A. D.; MARTÍNEZ, P. M. D. E. Early adolescence and parenting. Theoretical and methodological foundations about this stage and its management. **MediSur: Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos**, v. 15, n. 5, p. 694-700, 2017.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; MOIMAZ, S. A. S.; GONÇALVES, P. E. A saúde na percepção do adolescente. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-238, 2009.

GÜEMES-HIDALGO, M.; GONZÁLEZ-FIERRO, M. J. C.; VICARIO, M. I. H. Desarrollo durante la adolescencia. aspectos físicos, psicológicos y sociales. **Pediatría Integral**, v. 21, n. 4, 233-244, 2017.

GUERRA, P.H.; FARIAS, Jr. J.C.; FLORINDO, A.A. Comportamento sedentário em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, 2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 2 mai. 2021.

INOUE, T. M.; VECINA, M. V. A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 35, n. 2, p. 127-130, 2017.

KANNO, D. T.; SELLA, L. F.; OLIVEIRA, N. C. Estilo de vida de Adventistas do Sétimo Dia e de não adventistas do município de Cotia, São Paulo. **Revista de Ciências Médicas**, v. 23, n. 3, p. 137-144, 2015.

LAKE, A. A.; MATHERS, J. C.; RUGG-GUNN, A. J.; ADAMSON, A. J. Longitudinal change in food habits between adolescence (11-12 years) and adulthood (32-33 years): the ASH30 study. **Journal of Public Health**, v. 28, n. 1, p. 10-16, 2006.

MADEIRA, F. B, FILGUEIRA, F. A.; BOSI, M. L. M.; NOGUEIRA, J. A. D. Estilos de vida, hábitos e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, pp. 106-115, 2018.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 32-36, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600009&lng=en&nrm=i-so>. Acesso em: 2 mai. 2021.

MENDES, M. J. F. L.; ALVES, J. G. B.; ALVES, A. V.; SIQUEIRA, P. P.; FREIRE, E. F. C. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, pp. s49-s54, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000500007>>. Acesso em 29 ago. 2021.

MINUZZI, T.; PANDOLFO, K. C. M.; AZAMBUJA, C. R.; SANTOS, D. L. Relação do comportamento do perfil do estilo de vida de escolares com o de seus pais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3563-3570, 2019.

MUROS, J. J.; PEREZ, F. S.; ORTEGA, F. Z.; SANCHEZ, V. M. G.; KNOX, E. The association between healthy lifestyle behaviors and health-related quality of life among adolescents. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 4, p. 406-412, 2017.

NUNES, M.L.; BRUNI, O. Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach. **Jornal de Pediatria**.v. 91, n. 6, 2015.. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.08.006>>. Acessado 29 ago. 2021

OLIVEIRA, M. C. S. L. O adolescente em Desenvolvimento e a Contemporaneidade. Eixos Políticos e Fundamentos. **Portal de Formação à Distância da Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas 2017**. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094551-001.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2021.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, M. O.; ANDREAZZI, M. A. R.; MALTA, D. C. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 605-616, jul-set, 2017.

OLIVEIRA, S. L. S. S.; ABDALA, G. A.; TERTULIANO, I. W.; GUMS, E. F.; MEIRA, M. D. D. Evidências de validade do questionário “Oito Remédios Naturais” – Q8RN: versão adolescentes. **Lecturas: Educación Física y Deportes**. v. 24, n. 260, p. 16-25, 2020b.

OLIVEIRA, S. L. S. S.; ABDALA, G. A.; NINAHUAMAN, M. F. M. L.; MEIRA, M. D. D. Perfil do estilo de vida de adolescentes com base no “Questionário Oito Remédios Naturais” – Q8RN. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 24, n. 260, p. 2-15, 2020a.

OLIVEIRA, G.; SILVA, I. B.; OLIVEIRA, E. R. A. O sono na adolescência e os fatores associados ao sono inadequado. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 21, n. 1, p. 135-145, jan-mar, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 22 de julho de 1946. Acesso em 2 de jun. 2021. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 12 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Dados de referência de crescimento para 5-19 anos** – 2007. Disponível em: <<https://www.who.int/toolkits/growth-reference-data-for-5to19-years>>. Acesso em: 18 de mai. de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Status Report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**: considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória. Washington, DC: OPAS, 2016. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28583/9789275718667-por.pdf?sequence=1&i-sAllowed=y>>. Acesso em 15 mai. 2021.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**. 2007, v. 12, n. 2, pp. 247-256. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>>. Acessado 30 ago. 2021.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 26, p. 14-17, 2004.

PIASETZKI, C. T. R.; BOFF, E. T. O.; BATTISTI, I. D. E. Influência da família na formação dos hábitos alimentares e estilos de vida na infância. **Revista Contexto & Saúde**, v. 20, n. 41, p. 13-24, 2020.

PINHEIRO, L. M.; DOMINGUEZ, A.L.; BARCELOS, M.M.; PIRES, D.; MEIRA, M. D. D. A influência da luz solar na saúde do adolescente. **Leituras: Educação Física e**

Esportes, v. 24, n. 260, p. 110-122, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.24302/sma.v6i1.902>>. Acesso em 12 mai. 2021.

RAISER, J. C.; STECLAN, C. Autopercepção da qualidade de vida em escolares adolescentes. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 6, n. 1, p. 43-53, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.24302/sma.v6i1.902>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

RAPOSO, J. C. S.; *et al.* Uso de drogas ilícitas e binge drinking entre estudantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 83, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006863>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

RIBEIRO, F. C.; MACHADO, A. C. B. C.; GOMES, M. L.; ABDALA, G. A. La salud del adolescente y ejercicio físico: una revisión integradora de la literatura. **Lecturas: Educación Física Y Deportes**, v. 24, n. 260, p. 26-41, 2020. Acesso em: <<https://doi.org/10.46642/efd.v24i260.1884>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SILVA FILHO, R. C. S.; ALVES e LEMES, T. M.; SASAKI, J. E.; GORDIA, A. P.; ANDAKI, A. C. R. Comportamento Sedentário em Adolescentes Brasileiros: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. 2020. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14335/11072>. Acesso 1 ago. 2021.

RIZZUTO, D.; ORSINI, N.; QIU, C.; WANG, H.; FRATIGLIONI, L. Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population-based study. **BMJ**, v. 345, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.e5568>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

RONDON, M. C. S., SILVA, G. S.H.; ABDALA, G.A.; SILVA, N. O. D.; ABDALA, S. A. A importância da água na vida de adolescentes. **Leituras: Educação Física e Esportes**, v. 24, n. 260, p. 78-94, 2020.

SOARES, V.; BERNARDES, P. S.; BATISTA, F. C. S.; OLIVEIRA FILHO, J. M.; VENTO, D. A.; VENANCIO, P. E. M. Influência do índice de massa corporal e nível de atividade física na força muscular respiratória e função pulmonar de adolescentes. **Adolescência & Saúde**, v. 16, n. 1, p. 69-76, 2019.

SOUZA NETO, J. M.; COSTA, F. F.; BARBOSA, A. O.; PRAZERES FILHO, A.; SANTOS, E. V. O.; FARIAS JUNIOR, J. C. Prática de atividade física, tempo de tela, estado nutricional e sono em adolescentes no Nordeste do Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 39, 2021.

THIENGO, P. C. S.; GOMES, A. M. T.; MERCÊS, M. C.; COUTO, P. L. S.; FRANÇA, L. C. M.; SILVA, A. B. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>>. Acesso: 15 mai. 2021.

VINAGRE, M. G.; BARROS, L. Preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1627-1636, 2019.

WHITE, E. G. **A ciência do bom viver**. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 2013.

WHITE, E. G. **The Ministry of Healing**. Silver Spring: Ellen G. White Estate, 1905. Disponível em: <<http://www.centrowhite.org.br/files/ebooks/egw-english/books/The%20Ministry%20of%20Healing.pdf>>. Acesso em: 13 maio, 2021.

ZAPPE, J. G.; ALVES, C. F.; DELL'AGLIO, D. D. Comportamentos de risco na adolescência: revisão sistemática de estudos empíricos. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 1, p. 79-100, 2018.

PERFIL DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA DE IDOSOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIO OITO REMÉDIOS NATURAIS (Q8RN)

Silvana Martinez López Cazonato
Wandeli Cassiano de Souza Araujo
Gina Andrade Abdala

*“Não quero adultos nem chatos.
Quero-os metade infância e outra metade velhice!
Crianças, para que não esqueçam o valor do vento no rosto;
E velhos, para que nunca tenham pressa” (Oscar Wilde).*

As comunidades de fé ou instituições religiosas são espaços muito apreciados por idosos. Nesses ambientes, além de participarem de atividades religiosas, os idosos também encontram um lugar de convívio social, onde compartilham interesses e fortalecem vínculos. Nesse contexto, a promoção da saúde encontra um terreno fértil, especialmente quando associada ao estilo de vida adventista, conhecido por práticas que favorecem a longevidade. Afinal, quem não desejaria seguir um caminho que leva a mais anos de vida com qualidade?

O estudo a seguir foi realizado na região central do estado de São Paulo teve como objetivo analisar o estilo de vida e a saúde de idosos que frequentam essas comunidades de fé. A pesquisa seguiu um desenho transversal com abordagem quantitativa e incluiu 67 participantes com 60 anos ou mais. Para a coleta de dados, utilizou-se a plataforma digital *Survey Monkey*, contendo o Questionário Oito Remédios Naturais (Q8RN) e questões sociodemográficas específicas. Os dados obtidos foram analisados por meio do software PSPP para a realização de análises estatísticas descritivas. O projeto foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Os resultados revelaram que a média de idade dos participantes foi de 68,3 anos, com um desvio padrão de 7,42. A maioria (85,1%) era do sexo feminino e de fé evangélica (94%). Quanto à autodeclaração de cor de pele, 69,7% se identificaram como brancos. Um dado relevante foi a diferença entre a percepção de saúde mental

e saúde física: 87,5% dos idosos avaliaram sua saúde mental como “muito boa” ou “boa”, enquanto 73,5% classificaram sua saúde física nas mesmas categorias.

O escore total de estilo de vida apontou uma média de 49,57, com desvio padrão de 9,76, sendo considerado “bom”. No entanto, as dimensões nutrição e exercícios físicos apresentaram os piores resultados, indicando que, embora os idosos tenham uma boa percepção geral de saúde, há margem para melhorias significativas nessas áreas.

Em resumo, o perfil de estilo de vida dos idosos estudados revela um panorama positivo, com destaque para uma saúde mental mais fortalecida em relação à saúde física. Contudo, a necessidade de reforçar práticas de alimentação equilibrada e atividade física é evidente para promover ainda mais qualidade de vida e bem-estar.

A INFLUÊNCIA DA FÉ NO ESTILO DE VIDA E BEM-ESTAR DE IDOSOS EM COMUNIDADES RELIGIOSAS

A dimensão espiritual está ligada à busca de sentido e respostas para questões fundamentais da vida através de experiências sagradas e transcendentais. Essas experiências podem trazer benefícios para a saúde e envolvem a integração de valores, princípios e crenças pessoais. É uma força interior universal e subjetiva, multidimensional e transcendente, vivenciada de forma individual (Lepherd, 2015; Soares *et al.*, 2015).

Os brasileiros demonstram uma fé intensa em Deus e uma grande valorização do Sagrado, o que se reflete na diversidade de suas práticas religiosas. Para muitas pessoas no Brasil, a melhora na saúde é muitas vezes atribuída mais às forças espirituais do que aos tratamentos médicos recebidos (Pilger *et al.*, 2017). Nesse sentido, a religião ou crença religiosa proporciona aos indivíduos uma maior sensação de bem-estar. Estudos mostram uma relação positiva entre espiritualidade e diversos aspectos da saúde mental, indicando que pessoas religiosas tendem a ser mais saudáveis mentalmente e a se adaptar melhor ao estresse (Pilger *et al.*, 2017). Além disso, outras pesquisas destacam o papel terapêutico da religião na saúde, revelando que indivíduos religiosos frequentemente adotam estilos de vida mais saudáveis e desfrutam de uma melhor qualidade de vida (Cruz *et al.*, 2016; Tan *et al.*, 2011).

Este estudo teve como objetivo geral analisar o estilo de vida, a saúde física, mental e a qualidade de vida referida por idosos, membros de algumas comunidades baseadas na fé em São Paulo. Os objetivos específicos: (1) Identificar o perfil do estilo de vida com base nos hábitos saudáveis, relacionados aos oito remédios naturais, adotados por idosos com mais de 60 anos das comunidades de fé; (2) Descrever a saúde física, mental e a qualidade de vida referidas desses idosos nessas comunidades de fé.

Tem por hipótese que, por pertencer a uma comunidade de fé que prima pelos cuidados com a saúde, supõe-se que idosos participantes desta pesquisa, por serem informados e motivados a adotarem hábitos saudáveis quanto à nutrição, exercício,

água, luz solar, temperança, ar puro, descanso e confiança em Deus, apresentem boa saúde e um bom estilo de vida.

MUDANÇA DEMOGRÁFICA E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

De todos os fenômenos contemporâneos, o menos contestável e mais fácil de se prever é o envelhecimento populacional. Em todos os países, o envelhecimento da população deriva da queda da mortalidade infantil, que contribui fortemente para o aumento da expectativa de vida ao nascer, e a queda da natalidade. Portanto, o envelhecimento da população não significa que a longevidade tenha se estendido de forma acentuada. Este limite ainda se situa em torno dos 120 anos. Quando se diz que a população envelheceu, queremos dizer que a proporção de pessoas idosas na população total cresceu. A Tabela 1 mostra a composição etária da população brasileira.

Tabela 1 – População estimada total e por faixa etária (Brasil)

	1997	2007	2017
População total	156.128.003	189.951.533	206.172.340
Idosos entre 65 e 74 anos	6.033.594	8.523.466	12.698.043
Idosos entre 75 anos ou mais	3.211.306	5.261.895	7.946.865

Fonte: PNAD 1997, 2017 e PNAD Contínua 2017. * Idosos a partir de 65 anos até 74 anos.

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como sendo a era do envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e acelerado. Nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, e nos países em desenvolvimento atingiu 123%.

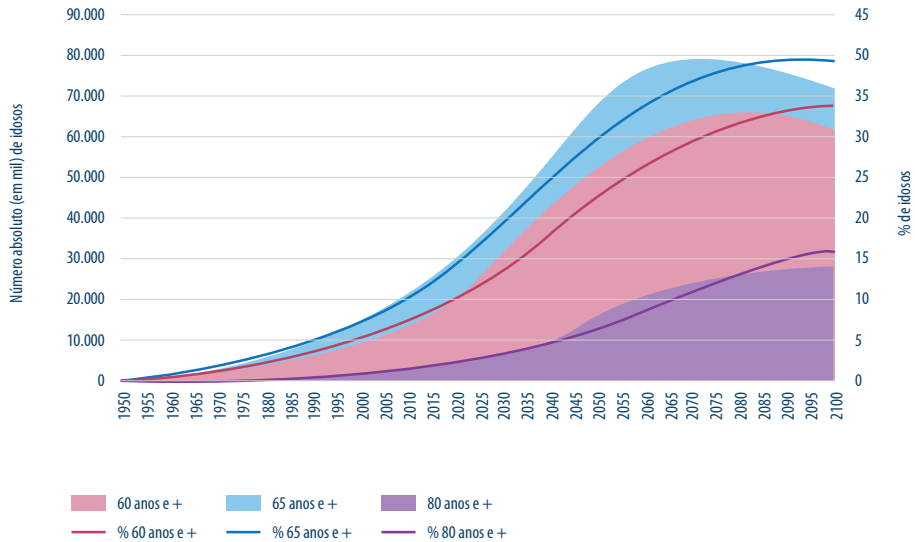
Cuidar de uma população cada vez mais idosa é um desafio para países em desenvolvimento como o Brasil, que precisam lidar com a questão do rápido envelhecimento populacional, aliado a grandes desigualdades econômicas e sociais. No que diz respeito às políticas públicas de saúde, o apoio às famílias com membros idosos ainda não foi implantado em todo o território e as políticas voltadas para a assistência de longa duração são escassas (Andrade *et al.*, 2020).

Para alguns, o envelhecimento é sinônimo de vitória, experiência, aquisição, maturidade e ampliação da vida. Para outros, significa derrota, perda, dependência, violência e maus-tratos. Sem contar o fato de que envelhecer no Brasil é substancialmente diferente de envelhecer em países mais desenvolvidos com características sociais, educacionais, ambientais e de saúde desenvolvidas. As causas para tais condições

justificam-se, sobretudo, na omissão e na negligência daqueles a quem caberia toda a proteção da pessoa idosa - a família, a sociedade e o Estado (Caldas *et al.*, 2008).

Conseqüentemente, o avanço dos números ultrapassou a previsão do IBGE, uma vez que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2017) aponta que 14,6% da população brasileira têm 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 30,3 milhões de pessoas (MDS, 2021). O crescimento da população brasileira, conforme indicado nos gráficos a seguir, foi elevado, e o aumento da população idosa do Brasil tem sido muito mais intenso do que no cenário mundial. O número de brasileiros idosos de 60 anos e mais era de 2,6 milhões em 1950, passou para 29,9 milhões em 2020 e deve alcançar 72,4 milhões em 2100. O número de brasileiros idosos de 65 anos e mais era de somente 1,6 milhões em 1950, passou para 9,2 milhões em 2020 e deve alcançar 61,5 milhões em 2100. O número de brasileiros idosos de 80 anos e mais era de 153 mil em 1950, passou para 4,2 milhões em 2020 e deve alcançar 28,2 milhões em 2100 (Côrte, Lopes, 2019).

Figura 1 – População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 e mais [Brasil, 1950–2100].



Fonte: Word Population Prospects (2019)

Figura 2 – População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais

ANOS	TOTAL	60 ANOS E +	65 ANOS E +	80 ANOS E +	% 60 E +	% 65 E +	% 80 E +
1950	53.975	2.627	1.606	153	4,9	3,0	0,3
2000	174.790	13.874	9.175	1.429	7,9	5,2	0,8
2020	212.559	29.857	20.389	4.159	14,0	9,6	2,0
2050	228.980	67.361	25.026	15.376	29,4	22,7	6,7
2100	180.683	72.386	61.544	28.210	40,1	34,1	15,6
2100/1950	3,3	27,6	38,3	184,8	8,2	11,5	55,2

Fonte: World Population Prospects [2019]

Minayo (2002) afirma que o acelerado processo de mudança demográfica está repercutindo em todos os planos da vida social, sobretudo porque provoca uma quebra cultural profunda num país acostumado a valorizar, prioritariamente, crianças e jovens. Nas circunstâncias em que a população idosa cresce mais que a infantil, o olhar para esse grupo etário se torna imperativo e precisa reinventar as normas culturais intergeracionais.

Conforme já se constatou, as estatísticas indicam que existe um número elevado de idosos e muitos destes alcançando a longevidade, e nesse processo, há perdas e ganhos, e aqui pode-se considerar o estudo de estilo de vida no envelhecimento humano. Segundo Baltes e Smith (2006), cujo foco do estudo é a quarta idade (a partir de 80 anos), afirmam que nessa fase ocorre de forma generalizada e objetiva uma queda qualitativa da autonomia, tornando problemático o viver e o morrer com dignidade.

A população considerada “idosa mais idosa” também está envelhecendo, ou seja, a proporção de 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Assim, analisando as diferentes trajetórias de vida dos idosos, nota-se que eles se inserem em distintos níveis da vida social e econômica do país (Organização Mundial de Saúde, 2005).

Contudo, são poucos os estudos em nosso meio que exploram as condições de vida e saúde de idosos componentes desse novo extrato etário. Esse contexto desafia governos e a sociedade a buscarem ações e políticas de promoção de saúde numa perspectiva mais ampla de saúde e bem-estar na velhice. O envelhecimento saudável

é um conceito que pode contribuir para explicar essas mudanças demográficas e epidemiológicas (Organização Mundial de Saúde, 2005).

Em caráter mais abrangente, o envelhecimento saudável é um processo contínuo de aprendizagem e realização pessoal, tendo como objetivo a autonomia e a independência dos idosos. Esse processo envolve também o equilíbrio da interação entre as várias dimensões da vida do idoso: saúde física e mental, independência e autonomia nas atividades da vida diária, participação e apoio social, convívio e suporte familiar e autonomia econômica (Organização Mundial de Saúde, 2005).

Nesse contexto, uma pesquisa com uma subamostra do estudo “Processos do Envelhecimento Saudável” (PENSA) procurou investigar como os próprios idosos percebem as múltiplas e variadas definições de envelhecimento saudável. Em relação ao que realmente importa para alcançar esse envelhecimento, as categorias mais apontadas pelos idosos foram: saúde física (53%), saúde social (46%), saúde emocional (37%), preocupação com alimentação e exercícios (36%) e evitar fatores de risco (19%) (Campos, 2021).

O IDOSO, SUAS MULTIMORBIDADES E ESTILO DE VIDA

Baltes e Smith (2006), ressaltam haver evidências de que a grande maioria dos idosos apresenta nível elevado de comprometimento funcional, dependência e solidão. Entretanto, envelhecer não é sinônimo de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento. Na literatura gerontológica, envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial, e a velhice é uma experiência potencialmente bem-sucedida, porém, heterogênea, e vivenciada com maior ou menor qualidade de vida (Lima, 2016; Neri, 2003; Neri, 2007b; Neri, Yassuda, Cachioni, 2004; Dawalibi, 2013).

As doenças crônicas consideradas para se ter multimorbidade foram as pesquisadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e diagnosticadas por um médico. Dentre as doenças crônicas existentes, foram analisadas a presença de: diabetes, hipertensão, doença cardíaca, colesterol alto, acidente vascular cerebral, asma, artrite ou reumatismo, depressão, problemas de coluna, doenças mentais (esquizofrenia, transtorno bipolar ou transtorno compulsivo-obsessivo), doenças do pulmão (bronquite crônica, enfisema ou doença pulmonar obstrutiva crônica), insuficiência renal e câncer (Melo, Lima, 2020).

A prevalência da multimorbidade em idosos pode chegar a uma porcentagem acima de 50%. E, quando presente, essa condição pode gerar sérias consequências, incluindo maiores riscos de morte, declínio funcional e diminuição na expectativa de vida dessa população. Estudos tem mostrado uma forte associação da prevalência da multimorbidade a fatores nocivos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, o excesso de peso, os níveis elevados de colesterol, o baixo consumo de frutas e verduras e o sedentarismo da população em geral (Melo, Lima, 2020).

De fato, um dos maiores bônus da existência humana, foi a ampliação do tempo de vida, acompanhado por uma melhora dos parâmetros de saúde da população

ao redor do mundo, ainda que distintas de um país para o outro em decorrência de perfis socioeconômicos. Chegar à velhice deixou de ser privilégio de poucos e democraticamente esse *plus* etário tem alcançado as populações em linha de pobreza (Lima-Costa, Veras, 2003).

Veras e Oliveira mencionam que viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Este fenômeno, do alongamento do tempo de vida, ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. Um dos resultados dessa dinâmica, é a demanda crescente por serviços de saúde (Veras, Oliveira, 2018).

Alguns dados disponíveis indicam que a velhice em si não está associada ao aumento das despesas médicas. O que encarece os gastos, são as deficiências e a saúde precária – frequentemente associadas à velhice. Se as pessoas envelhecerem com uma saúde melhor, as despesas médicas, provavelmente, não aumentarão de modo tão rápido (Organização Mundial de Saúde, 2005).

As comorbidades, ao longo do tempo, conduzem idosos sadios e com suposta expectativa de vida longa, ao óbito precoce. Deve ser salientado que estilo de vida e bem-estar subjetivo são produtos da conscientização do indivíduo de suas necessidades, desejos, limitações, potencialidades e, principalmente, do grau de abertura individual à aceitação e incorporação de novas experiências, enquanto aspectos passíveis de oscilações temporais necessitam de eventuais adaptações ou ajustamentos (Zhang *et al.*, 2021).

Pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil, têm mostrado que o estilo de vida, mais do que nunca, passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades. Segundo o autor, estilo de vida pode ser considerado como um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Desta forma, o estilo de vida ativo passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas, já que, para grande parte da população, os maiores riscos para saúde e o bem-estar, têm origem no próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras presentes na realidade social (Santos, 2022).

Existem, assim, fatores positivos e negativos do estilo de vida exercem influência direta na saúde e bem-estar ao longo do tempo, sendo essa influência particularmente perceptível a partir da meia-idade (40-60 anos). Nesse período, a mobilidade, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos tornam-se intimamente ligadas aos hábitos adquiridos e aos declínios fisiológicos que ocorrem com o envelhecimento. Nesse sentido, Ferreira, Demoly, Pereira (2024) destacam que, apesar das perdas cognitivas e físicas inerentes ao processo de envelhecimento, a plasticidade e

o aproveitamento de recursos individuais podem atenuar tais efeitos, promovendo uma adaptação saudável às novas demandas impostas pela idade.

Nesse contexto, o foco desse trabalho de pesquisa é o estilo de vida de um grupo etário dentro da Igreja Adventista do Sétimo Dia. A promoção da saúde no envelhecimento através de hábitos saudáveis, é um recurso gratuito e ao alcance de todos, já que inclui mudança de rotina com ações preventivas.

Assim, a incorporação da visão de promoção da saúde nos programas para idosos supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde e pode ser vista como um processo social em curso. A promoção da saúde em idosos precisa ser vista como um processo contínuo e complexo, apoiado por fóruns e documentos institucionais desde os anos 1980, refletindo uma perspectiva crítica da prevenção e educação em saúde (Han *et al.*, 2023; Castro *et al.*, 2024).

Deste modo, vislumbra-se nessa abordagem educativa da promoção de saúde para o idoso, a oportunidade de estabelecer uma linha de comunicação sobre melhores práticas promotoras de saúde, para que o idoso acolha e reconheça nelas o caminho para um envelhecimento saudável.

A adaptação a este novo ciclo vital, para dar conta de transformações plurais que acontecerão ao longo do processo de envelhecimento, traz a necessidade de mudanças na postura frente a vida e o viver. Utilizando as habilidades individuais e os potenciais ainda disponíveis (às vezes, até mesmo alguns inéditos), em forma de aprendizagem, o indivíduo idoso terá condições de responder aos desafios (Nunes, 2024). Instruções para hábitos de vida saudáveis devem ser dadas para os indivíduos antes do envelhecimento, uma vez que os idosos jovens já estão sendo acometidos por multimorbidades e condições socioeconômicas desfavoráveis e o estilo de vida influenciam em suas prevalências (Melo, Lima, 2020).

PREVENÇÃO DE DOENÇAS E ENVELHECIMENTO ATIVO

A prevenção e controle de processos patológicos são eixos fundamentais na velhice, mas relacionam-se organicamente a outras dimensões do viver que potencializem condições de satisfação das necessidades básicas e sentimento de realização. Nessa linha emergem as reflexões sobre o bom envelhecimento como forma de reação à associação entre velhice e inatividade.

Conforme Rowe e Kahn (1997), nos anos 90, o termo “envelhecimento bem-sucedido” se populariza, no campo gerontológico, no sentido de identificar estratégias que incrementem a proporção da população idosa que envelhece bem. Os autores propõem que envelhecimento bem-sucedido engloba três componentes principais: (1) baixa probabilidade de doença e incapacidade, (2) alta capacidade funcional física e cognitiva e (3) engajamento ativo com a vida (Galvão, Gomes, 2021).

Nesta definição, envelhecimento bem-sucedido é mais que ausência de doença e manutenção da capacidade funcional. Ambas são importantes, mas é a sua combinação com o engajamento ativo com a vida que melhor representaria o conceito. Como exemplificam os autores, capacidades cognitivas e físicas são potenciais para atividade, pois dizem o que uma pessoa pode fazer e não o que ela faz. A concepção proposta vai além do potencial e envolve atividade, seja no plano das relações interpessoais, que “envolve contatos e transações com outros, intercâmbio de informação, suporte emocional e assistência direta”, seja no âmbito de uma atividade produtiva, considerada de modo abrangente como aquela que cria valor societal, mesmo não reembolsada em termos econômicos (Fernandes *et al.*, 2020; Figueira *et al.*, 2020).

No lastro desta discussão, emerge o conceito de envelhecimento ativo, adotado pela Organização Mundial de Saúde, nos anos 1990. Envelhecimento ativo é definido como “o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem”. Em 2020, um relatório preliminar foi apresentado à Assembleia Mundial da Saúde com o novo plano de ação da estratégia “Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030”, o envelhecimento saudável foi definido como “o processo de desenvolver e manter a habilidade funcional, que permite o bem-estar na idade mais avançada” (Organização Mundial de Saúde, 2020).

O conceito pretende transmitir uma mensagem mais inclusiva do que o termo “envelhecimento saudável”, já que considera participação como engajamento contínuo na vida, mesmo que eventualmente limitado ao espaço doméstico ou coexistente com algum nível de incapacidade. Não se restringe, portanto, à habilidade para manter-se fisicamente ativo ou inserido na força de trabalho. Na realidade, é reconhecida a influência de um conjunto de determinantes que interagem continuamente para o envelhecimento ativo (econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde), transversalmente influenciados por aspectos relativos a gênero e cultura. As políticas devem articular ações intersetoriais voltadas a esses determinantes (Giacomin, 2023; Figueira *et al.*, 2020).

ESTILO DE VIDA E LONGEVIDADE

O estilo de vida, as redes sociais e as atividades de lazer foram estudadas individualmente em relação à longevidade em diversos estudos e outros examinaram a possível associação desses fatores com a longevidade, levando em consideração sua coexistência e interações. Apenas alguns estudos, entretanto, examinaram a relação entre as combinações de vários fatores modificáveis e a longevidade. Entre os estudos anteriores, que incluíram a população idosa mais velha (≥ 85 anos), apenas quatro tiveram um período de observação superior a 10 anos.

Resumidamente, estudos têm mostrado que fatores de estilo de vida como tabagismo, consumo de álcool e peso corporal – tanto abaixo do peso quanto acima do peso – podem prever mortalidade em idosos. No entanto, é incerto se essas associações são aplicáveis aos mais velhos. De fato, estudos indicaram que a relação entre certos fatores de estilo de vida e mortalidade pode diferir entre pessoas com 75 anos ou mais em comparação com adultos mais jovens. Os resultados relativos à associação entre rede social e mortalidade na população idosa têm sido controversos.

Por fim, pesquisas recentes evidenciam uma forte correlação entre comportamentos e preferências associados a um estilo de vida saudável, como alimentação equilibrada, prática regular de atividade física e redução do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias — com um risco menor de desenvolver doenças cardiometabólicas e multimorbidades (Oliveira *et al.*, 2023).

Assim, em decorrência dos elementos expostos, observa-se que está bem estabelecido que se vive mais do que as gerações anteriores. Embora a longevidade possa ser uma meta em si mesma, a qualidade de vida na velhice pode ser tão ou até mais importante do que o número de anos adicionados à expectativa de vida, tanto para os indivíduos quanto para a sociedade em geral. Não existe uma definição formal de envelhecimento bem-sucedido, mas há aceitação geral de que o EBS deve incluir a ausência de doenças crônicas e um bom funcionamento físico e mental.

Um estudo recente descobriu que os planos e desejos dos idosos para um envelhecimento bem-sucedido estão relacionados às atividades, ao envolvimento com a vida e à saúde. Considerando, evidentemente, que EBS é um conceito multicomponente. O modelo de três componentes de Rowe e Kahn (1997) contém três elementos: ausência de doença e deficiência, alto funcionamento cognitivo e físico e envolvimento com a vida. Como o envelhecimento é um processo vitalício, um indivíduo pode estar envelhecendo com sucesso em um ponto de sua vida, mas não em outros ou em relação a um componente do EBS, mas não a outro; assim, a heterogeneidade de EBS em pessoas idosas deve ser investigada (Bosnes *et al.*, 2019).

ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL PARA IDOSOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta o estilo de vida como conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas (Organização Mundial de Saúde, 2004). Nesse sentido, Clarkson (2022) menciona que intervenções no estilo de vida são tão eficazes quanto as terapias médicas baseadas em evidências sobre a redução de mortalidade.

Assim, em uma pesquisa realizada por Rizzuto *et al.* (2012), com 1.810 adultos idosos, apontou que associações entre atividade de lazer, não fumar e aumento da sobrevivência ainda existiam naqueles com 75 anos ou mais, com a vida das mulheres prolongada por cinco anos e a masculina por 6 anos. Essas associações, embora atenuadas, ainda estavam presentes entre pessoas com 85 anos ou mais e naqueles com condições crônicas. Os resultados sugerem que encorajar comportamentos de estilo de vida favoráveis mesmo em idades avançadas pode aumentar a expectativa de vida, provavelmente reduzindo a morbidade.

A prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e as incapacidades relacionadas ao processo de envelhecimento dependem, em sua maior parte, de modificações dos fatores de risco associadas ao estilo de vida. Sedentarismo, dieta inadequada, consumo abusivo de álcool e tabagismo têm sido apontados como fatores de risco importantes no quadro de mortalidade da população. Assim, um conjunto substancial de evidências científicas indica que a atividade física regular constitui-se em uma medida eficaz para minimizar os efeitos das alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, melhorando a capacidade funcional, a autonomia e, conseqüentemente, a saúde. Neste sentido, torna-se urgente adotar estratégias integradas e sustentáveis de monitoramento, prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, assentadas nos principais fatores de risco modificáveis, entre os quais, a falta de atividade física (Francisco *et al.*, 2019).

A hereditariedade define o potencial de crescimento, aptidões e longevidade que são fatores individuais. No que tange as características alimentares, a maneira como sustentar situações de estresse e o nível de atividade física são fatores do estilo de vida, portanto, modificáveis, que podem alterar a qualidade de vida. Em relação ao estilo de vida, a autonomia funcional, também conhecida como capacidade funcional, mostra-se um dos conceitos mais relevantes em relação à saúde, aptidão física e qualidade de vida. Assim sendo, ter autonomia é poder executar independente e satisfatoriamente suas atividades do dia a dia, continuando suas relações e atividades sociais e exercitando seus direitos e deveres de cidadão. Portanto, a autonomia pode ser uma das principais perdas com o avançar da idade (Souza, Silva, Barros, 2021).

O envelhecimento, em termos biológicos, é o processo de transformação que ocorre no organismo após a maturação sexual e que implica na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Esses processos são de natureza interacional e iniciam-se em diferentes épocas e ritmos e acarretam resultados distintos para as diversas partes e funções. Todavia, há um limite para a longevidade, o qual é estabelecido por um programa genético que permitiria ao corpo suportar uma determinada quantidade de mutações, esgotado esse limite, o organismo perece. O alcance gradual do limite de duração máxima da vida e o elevação da expectativa de vida, ocorrido ao longo dos últimos séculos, foram consequência do progresso social e dos avanços da ciência, sendo que pouco deverá

mudar em futuro próximo, a menos que ocorra uma revolução inesperada e notável na biologia do envelhecimento (Borson, 2020; Porto *et al.*, 2020; Nunes, 2024).

Um estilo de vida inadequado acaba aumentando a ineficiência metabólica, que contribui substancialmente para a quebra da homeostasia corporal, e lentamente torna o indivíduo mais suscetível a lesões orgânicas, culminando no desencadeamento de doenças crônicas não transmissíveis. Estas alterações estão associadas à própria idade e também se originam do acúmulo de danos ao longo da vida, causados, sobretudo, pela interação entre fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Nesse sentido, a saúde é também um processo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à terra e aos serviços de saúde (Melo, Lima, 2020).

PROMOÇÃO DA SAÚDE E ESTILO DE VIDA

Fato é que, o rápido processo de envelhecimento sugere a pertinência da realização de estudos sobre o comportamento deste grupo etário. Frente as necessidades do idoso – no que diz respeito aos hábitos alimentares, estilo de vida, limitações fisiológicas e doenças crônicas – conclui-se que os idosos devem fazer uso de uma dieta balanceada e saudável que, dentro de suas realidades e limitações, atinjam as necessidades básicas para manutenção de um estilo de vida saudável (Neves Junior *et al.*, 2020).

Para tanto, observou-se que a qualidade de vida está intimamente relacionada ao estilo de vida e aos hábitos saudáveis. Dessa forma, a prática de exercícios físicos pode ser considerado com um fator contribuinte para manutenção da saúde dos longevos. Portanto, tais práticas deveriam ser foco de políticas públicas, atreladas ao cuidado multidisciplinar, de modo a promover um estilo de vida saudável com o objetivo de melhorar as condições do envelhecimento (Neves Junior *et al.*, 2020).

Embora grande parte dos estudos sobre envelhecimento populacional aborde principalmente a questão das implicações para a saúde pública, existem vários movimentos nacionais e internacionais que enfatizam o papel social do idoso e promovem ações de educação popular e promoção da saúde que favorecem o envelhecimento ativo (Souza, Silva, Barros, 2021).

No prefácio da publicação *Informe Mundial sobre o Envelhecimento e a Saúde*, Margaret Chan, diretora-geral da OMS à época (2015), asseverava que alguns fatores – como mudanças no clima e o surgimento de nova enfermidades – são imprevisíveis enquanto tendências que impactem na saúde. Contudo, a autora assegura, por sua vez, que uma tendência é certa: a aceleração do envelhecimento da população, que acaba influenciando de forma significativa a saúde das pessoas e os sistemas de saúde (Oliveira *et al.*, 2020).

O fenômeno do envelhecimento não é responsável exclusivo pelo aumento dos custos de assistência. Contudo, essa população busca atendimento em um sistema

que privilegia a atenção curativa, centrada nos hospitais, onde há muita concentração de tecnologia. Tal conjuntura faz com que a população envelhecida, em uma localidade de custo per capita elevado, pressione de forma substancial os custos do sistema de saúde como um todo (Oliveira *et al.*, 2020). Assim, a busca de um modelo preventivo que aborde toda a linha de cuidado, eliminando ao máximo a atenção episódica e fragmentada, passa a ser determinante para a garantia da perenidade da assistência prestada (Oliveira *et al.*, 2020).

Dentre as questões que cercam o envelhecimento, a saúde aparece como elemento balizador pelo seu forte impacto sobre o bem-estar, constituindo-se como uma das principais fontes de estigmas e preconceitos em relação à velhice (Zanatta *et al.*, 2021). Deste modo, a manutenção da saúde e autonomia na velhice é o horizonte desejável para se preservar o potencial de realização e desenvolvimento nesta fase da vida, além de reduzir o impacto social relativo ao cuidado do idoso dependente. Por essas e outras motivações de natureza demográfica e socioeconômica, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento (Souza *et al.*, 2024).

Vale ressaltar que os hábitos, as atitudes e os comportamentos adquiridos na infância e na juventude influenciam a qualidade da velhice. Portanto, as práticas saudáveis e a participação social devem ser estimuladas ao longo da vida para serem perpetuadas na velhice (Souza, Silva, Barros, 2021). Em anos recentes, a promoção do envelhecimento saudável foi assumida como propósito basilar da Política Nacional de Saúde do Idoso no Brasil (Gordilho *et al.*, 2000). Neste documento, o sentido da promoção da saúde compreende principalmente:

o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde (p. 27).

Assim sendo, os hábitos saudáveis incluem alimentação balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, atividade ocupacional prazerosa e mecanismos de atenuação do estresse. Por outro lado, o tabagismo, alcoolismo e automedicação são alguns dos hábitos nocivos a serem desestimulados. É ressaltada ainda, a importância de processos informativos e educativos continuados no SUS e campanhas para estimular comportamentos saudáveis.

De acordo com Melo *et al.* (2024), há sólidas evidências de que mudanças no estilo de vida exercem grande impacto sobre a qualidade de vida individual e da população. Recentemente Li *et al.* (2007) avaliaram 16.428 indivíduos com mais de 18 anos de idade com respeito a quatro medidas de qualidade de vida relacionada à saúde: saúde geral, dias física e mentalmente não saudáveis, e dias com prejuízo para

a realização de atividades de vida diária. Também avaliaram três hábitos de estilo de vida saudável: não fumar, prática de atividades físicas ou de lazer, e consumo diário de frutas e vegetais. Os autores concluíram que ter dois ou mais hábitos de estilo de vida saudável está fortemente associado à qualidade de vida de pacientes portadores de diabetes *mellitus* (Li *et al.*, 2007).

Ademais, o enfoque comportamental é um ponto de inflexão que engloba boa parte das ambiguidades e polêmicas sobre o que é ou deve ser a promoção da saúde. Nesse sentido, pode-se inferir que as oito dimensões para a saúde do idoso têm potencial relevante para influenciar um viver com qualidade, enquanto resultado da adoção de um estilo de vida pautado por essas escolhas. Portanto, faz-se necessário prescrutar cada uma das oito dimensões, a fim de evidenciar a sua pertinência na promoção de um estilo de vida saudável.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O Guia da Pirâmide para o idoso ressalta a importância de frutas, verduras e legumes, enfatizando aqueles fortemente coloridos, frescos, por serem fontes ricas de vitaminas, minerais e fibras, além de contribuírem com fotoquímicos com propriedades antioxidantes. De acordo com a literatura, é importante um maior consumo desses grupos, uma vez que evidências indicam que dietas ricas em verduras e frutas estão associadas à proteção contra doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (Assumpção *et al.*, 2022; Pinto, 2020).

INGESTÃO REGULAR DE ÁGUA

No processo de envelhecimento, ocorrem diversas mudanças no organismo humano que predis põem o idoso à desidratação. A desidratação em idosos pode gerar graves consequências como: distúrbios hidroeletrolíticos, cefaleia, constipação, perda ponderal, confusão mental, xerostomia, alteração da pressão sanguínea, alteração da cor ou do débito urinário, dentre outras. Ela é considerada, portanto, uma etiologia frequente de hospitalizações, morbidade e mortalidade nessa população.

A hidratação adequada desempenha um papel crucial na prevenção e no atraso do desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes, doenças cardíacas e insuficiência renal. A hipohidratação, por exemplo, é reconhecida como uma causa inicial de diversas condições graves, resultando em aumento da morbidade e mortalidade entre a população idosa. Por essas razões, a ingestão adequada de líquidos não apenas previne a ocorrência de problemas de saúde agudos, mas também promove a saúde geral, reduzindo o risco de doenças crônicas frequentemente observadas nessa faixa etária. Além disso, a hidratação apropriada é benéfica para a recuperação de

pacientes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC) e, quando combinada com antagonistas da angiotensina, pode levar à redução do peso corporal e à melhora do estado metabólico, sendo particularmente recomendada para indivíduos com diabetes tipo 2 (Fekete, Szarvas, Fazekas-Pongor, 2022).

RESPIRAÇÃO DE AR PURO

Estudos epidemiológicos no Brasil têm evidenciado associações de material particulado (engloba uma série de poluentes tanto sólidos como líquidos que podem ficar suspensos na atmosfera devido ao seu tamanho reduzido). Assim, as pesquisas indicam uma correlação com o aumento da incidência de doenças cardiovasculares e neurológicas, além de um incremento na mortalidade entre a população idosa. As substâncias tóxicas liberadas na atmosfera não apenas provocam odores desagradáveis, mas também contribuem para a presença de fuligem e outras partículas que afetam negativamente a saúde respiratória e a circulação sanguínea, elevando, assim, a prevalência de asma brônquica e outras condições alérgicas (Moura *et al.*, 2020; Moura *et al.*, 2021).

EXPOSIÇÃO À LUZ SOLAR

A vitamina D é em sua maior parte (até 90%) sintetizada a partir da exposição da pele aos raios solares. Sua principal função é relacionada ao metabolismo ósseo. A deficiência, por sua vez, pode levar a câncer, osteopenia, osteoporose e diabetes. E ainda, a perda de massa óssea e muscular afeta diretamente a marcha repercutindo negativamente no desempenho funcional e aumentando o risco de quedas e fraturas. A deficiência de vitamina D é crescentemente reconhecida como um importante fator na ocorrência de queda em pacientes idosos. Por estas razões, muitos estudos demonstram que a ocorrência de quedas diminui com a suplementação de vitamina D, ou seja, níveis adequados de vitamina D estão relacionados com a melhora da musculatura (Rolizola *et al.*, 2022).

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

A inatividade física regular pode antecipar e agravar o declínio decorrente do envelhecimento, transformando-se em fator determinante para uma velhice mais complexa e prejudicando, assim, a qualidade de vida. Por consequência, o idoso sofre declínio em sua capacidade funcional, o que contribui para a redução da sua aptidão para a realização das atividades da vida diária (AVDs) (Porto *et al.*, 2020). Desta forma, mudanças no estilo de vida, incluindo nos níveis de atividade física e na dieta, podem contribuir para o processo de prevenção de doenças e de problemas funcionais que se manifestam com

a idade (Silva, 2020). Os fatores mais citados para a aderência ao exercício físico regular foram: indicação médica e a prevenção de doenças (Gama *et al.*, 2020).

FAZER REPOUSO

O sono é um aspecto influenciado pelos demais preditores de saúde que mencionamos e apresenta alguns fatores de risco para que aconteça: polimedicação, patologias físicas e mentais, alterações no seu ambiente, no seu convívio social, isolamento etc. As alterações do sono surgem com uma prevalência crescente com o avançar da idade, estimando-se atingir mais de 50% dos idosos. Como possível solução, a prática de atividade física influencia diretamente nas alterações hormonais, apresentando melhora na qualidade do sono (Ferreira, Sales, Baptista, 2021; Norte, 2022).

EXERCER EQUILÍBRIO OU TEMPERANÇA

O autocuidado é compreendido como o ato de manter e sustentar a vida assegurando a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis. Um viver equilibrado, expressa em si, uma dimensão de autocuidado. Portanto, abster-se de substâncias psicoativas, é uma atitude que promove saúde (Giordano *et al.*, 2020).

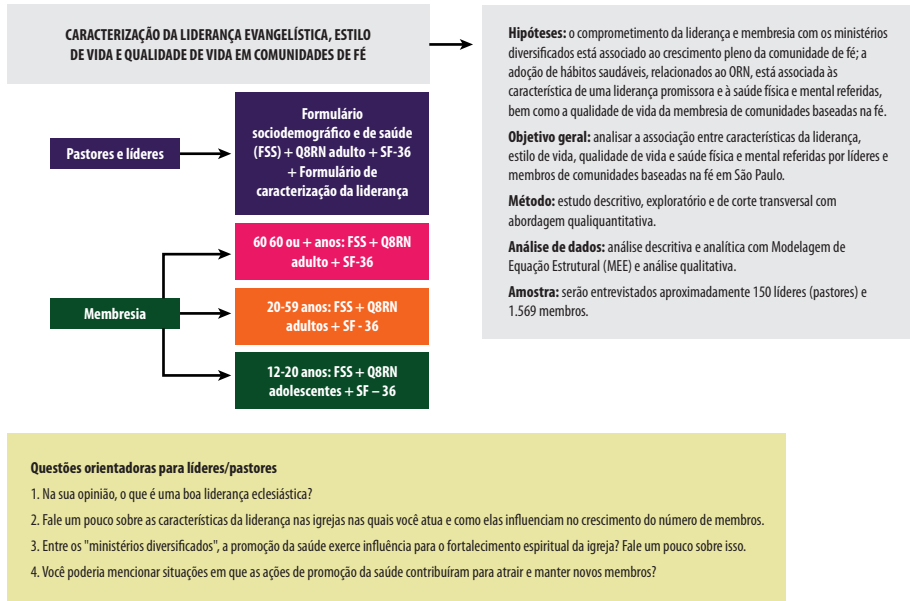
RELIGIOSIDADE

Para o idoso, as questões relacionadas à religiosidade tem significado muito especial, principalmente entre aqueles que vivenciam problemas ou alguma situação dolorosa, seja por doença ou pelas consequências deixadas por ela. As mudanças físicas, psicológicas e sociais, que são comuns aos idosos, acarretam situações de perdas, declínio da saúde, afastamento do mercado de trabalho e eventos não controláveis, cujo enfrentamento de modo efetivo pode ser alcançado através das crenças espirituais e práticas religiosas. Nesse sentido, Abdala e Andrade (2020, in Alfieri e Abdala, 2020), afirmam que ao buscar melhorar a qualidade de vida da população em geral, é necessário compreender cada indivíduo em sua integralidade e esta deve ser respeitada em cada plano terapêutico.

METODOLOGIA

O Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp), campus São Paulo, possui um grupo de Pesquisa em Religiosidade/Espiritualidade na Integralidade da Saúde (REIS) e este estudo configura-se como parte de um projeto proposto por esse grupo. O projeto foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Promoção da Saúde do Unasp, conforme o retângulo rosa do desenho metodológico apresentado na Figura 2 (estudo entre 60 ou + anos).

Figura 1 – Desenho metodológico do estudo



Fonte: Elaborado pelos autores.

Foi realizado estudo descritivo, analítico, de corte transversal, amostra não probabilística entre pessoas idosas, com idade superior a 60 anos em comunidades de fé predominantemente por adventistas do sétimo dia e simpatizantes desta crença religiosa pertencentes à região central de São Paulo, que compreende a área da Associação Paulistana. Foram aplicados os instrumentos para a pessoa idosa, através de um link do Google Forms. Aqueles que se dispuseram a participar, espontaneamente responderam aos questionários. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo, sob número CAAE: 04335818.7.0000.5377. Para tanto, foi explicado para as pessoas idosas a motivação da pesquisa e a sua importância e relevância nestes tempos de tantas doenças, e como eles poderiam de forma digital, acessar o link (https://pt.surveymonkey.com/r/Silvana_Idosos) e participar da pesquisa. Eles responderam esse questionário entre maio e junho de 2021.

Por fim, os idosos foram convidados a participar através de contato por WhatsApp, na abordagem foram conscientizados a respeito da importância de um estilo de vida que favoreça o envelhecimento ativo e com saúde. Para receber o link e participar da pesquisa, foram estabelecidos três critérios: (1) possuir idade de 60 anos ou

mais; (2) possuir cognição preservada, ao primeiro contato; (3) ser membro de uma comunidade de fé.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento que se apresenta nesta pesquisa, o *Questionário Oito Remédios Naturais* (Q8RN), foi construído e validado quanto ao conteúdo, na versão adultos e adolescentes (Abdala *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2020). A construção do Q8RN para adultos foi desenvolvida com oito domínios pré-fixados com base nos ORN (1) - nutrição; (2) exercício físico; (3) água; (4) luz solar; (5) temperança; (6) ar puro; (7) descanso/sono; (8) confiança em Deus e 22 itens distribuídos nos respectivos domínios (Abdala *et al.*, 2018).

Essa característica do instrumento se justifica em função do referencial de saúde integral, adotado como estilo de vida adventista, que foi objeto de estudo sobre longevidade conduzidos nas *Blue Zones*, utilizado para avaliar as características de algumas populações consideradas como sendo as mais longevas do mundo, o que inclui os adventistas do sétimo dia de Loma Linda na Califórnia, que teve a maior expectativa de vida (Alcântara *et al.*, 2022; Oliveira, Teixeira, 2022).

O *score* total do Q8RN corresponde a soma dos valores de cada item. O valor atribuído a cada resposta pode variar de 0 a 4, totalizando 76 pontos no máximo. Assim sendo, tem-se os seguintes parâmetros para classificação do estilo de vida baseado nos ORN: 0- 22 = insuficiente; 23-39 = regular; 40-51 = bom; 52-63 = muito bom; 64-76 = excelente.

A escala de Likert (zero a quatro pontos em ordem crescente) foi utilizada para calcular o *score* de cada item, exceto dois itens que foram dicotômicos no domínio temperança (Abdala *et al.*, 2018). Nesse domínio, preconiza-se que algumas práticas – como o caso de bebidas alcoólicas e uso de drogas psicoativas ilícitas – não podem ter meio termo: é sim ou não (White, 2013). Para avaliar o estilo de vida, utilizou-se o meio digital para acessar o link da pesquisa e responder ao questionário e os idosos utilizaram os seus próprios celulares. O questionário está numa plataforma de acesso livre, com o aplicativo desenvolvido para aplicação do Q8RN (www.q8rn.com).

ANÁLISE DE DADOS

Para a análise estatística descritiva dos dados foi utilizado o software Statistical Package of Social Science (SPSS), e os mesmos foram apresentados em forma de tabelas. Foi realizado também o teste de Alpha de Cronbach para averiguar a confiabilidade interna do instrumento Q8RN nessa amostra.

QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pela instituição proponente da pesquisa com carta de aprovação e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNASP, sendo elaborado sob as recomendações da Resolução 510/16 divulgado pelo Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2016).

RESULTADOS

Foi possível obter neste estudo uma amostra de 67 idosos, com idade média de 68,3 anos ($dp= 7,42$), que, em sua maioria pertenciam a uma comunidade de fé protestante (94%, $n= 63$) e que residiam na região central de São Paulo. A grande maioria (85,1%; $n= 57$) dos idosos era do sexo feminino, moravam acompanhados (65,2%; $n= 43$) e, em sua maioria (69,7%; $n= 46$), era de cor branca. Quanto à escolaridade, 28,8% estavam no Ensino Médio ou Superior incompleto ($n= 19$) seguido de 22,7% ($n= 15$) no Fundamental completo ou Médio incompleto (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição da amostra estudada por sexo, com quem mora, cor da pele referida e escolaridade – São Paulo, 2021.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
Sexo (n=67)		
Feminino	57	85,1
Masculino	10	14,9
Com quem mora (n=66)		
Sozinho	14	21,2
Acompanhado	43	65,2
Outro	09	13,6
Cor da pele referida (n=66)		
Branca	46	69,7
Parda	16	24,2
Preta	04	6,1

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
Escolaridade (n= 66)		
Sem instrução ou fundamental incompleto	11	16,7
Fundamental completo ou Médio incompleto	15	22,7
Médio completo ou Superior incompleto	19	28,8
Superior completo	13	19,7
Pós-graduação	8	12,1

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao analisar a saúde física e mental referida entre os idosos participantes neste estudo, encontrou-se que a saúde mental estava com melhores prevalências, nas categorias “muito boa” e “boa”, em relação à saúde física desses idosos. A maioria referiu boa qualidade de vida (50%) seguida de muito boa (29,6%). Foi perguntado também quanto à percepção deles sobre a saúde geral e mais uma vez a categoria boa obteve a maior prevalência (50%), seguida de muito boa (29,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição da amostra estudada, segundo a saúde física, mental e qualidade de vida referidas (n= 64) – São Paulo, 2021.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
Saúde física		
Muito boa	17	26,6
Boa	30	46,9
Regular	14	21,9
Ruim	2	3,1
Muito ruim	1	1,6

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
Saúde mental		
Muito boa	24	37,5
Boa	32	50,0
Regular	7	10,9
Ruim	1	1,6
Qualidade de vida		
Excelente	22	16,7
Muito boa	16	29,6
Boa	27	50,0
Ruim	2	3,7
Percepção de saúde geral		
Excelente	9	16,7
Muito boa	16	29,6
Boa	27	50,0
Ruim	2	3,7

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto ao estilo de vida por meio do Q8RN, o Alpha de Cronbach, que mede a confiabilidade do instrumento, encontrou-se uma alpha de 0,81 conferindo uma boa validade para o instrumento nesta população de idosos. A média do escore total foi “bom” alcançando um valor de 49,57 (dp = 9,76). O IMC apresentou um valor médio de 26,15 (dp= 3,68), indicando sobrepeso.

As dimensões que apresentaram os melhores resultados foram a confiança em Deus, com uma média de 14,97 (dp= 1,83) e a temperança com 14,14 (dp= 2,27). A variável luz solar também obteve um bom resultado, com uma média de 6,43 (dp=

1,33). Os resultados das médias das dimensões nutrição e exercício estiveram abaixo da média ($4,86 \pm 1,96$ e $5,48 \pm 4,14$ respectivamente). Já as dimensões água, ar puro e descanso ficaram próximas da média (Tabela 4).

Tabela 4 – Média, desvio padrão, mínimo e máximo do Escore Total e as oito dimensões do Questionário 8 Remédios Naturais – São Paulo 2021.

	n VÁLIDO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	mínimo	máximo
Escore total Q8RN	57	49,57	9,76	31	71
IMC	34	26,15	3,68	19,98	35,11
Nutrição	57	4,86	1,96	0	8*
Exercício	58	5,48	4,14	0	12
Água	57	4,16	1,69	1	8
Sol	58	6,43	1,33	2	8
Temperança	58	14,14	2,27	8	16
Ar	58	4,48	1,82	0	8
Descanso	58	5,62	1,94	0	8
Confiança em Deus	58	14,97	1,83	7	16

*Máximo alcançável seria até 12.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

No presente estudo, tem-se um percentual elevado de mulheres participantes de 85,1%, contra 14,9% de homens. Segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. De acordo com os dados recenseados do Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; 6% em 2010 e 8,6% em 2019 (IBGE, 2019).

Outro aspecto relevante é o fato de que a maioria dos participantes são evangélicos. Isso vem ao encontro de um estudo de Fecury *et al.* (2020) que concluiu que os idosos representam a faixa etária que mais pratica a religiosidade, que traduz-se como estratégia de enfrentamento e resiliência para as limitações características do idoso (Fecury *et al.*, 2020). Para o idoso, a fé em Deus dá a certeza de que ele não está desamparado, mesmo na ausência de familiares. Assim, o exercício da fé possibilita a paz e o preenchimento do vazio existencial, sendo o sustentáculo do cotidiano e propiciador de uma velhice sem preocupações (Fecury *et al.*, 2020). Geralmente, pessoas idosas são mais ligadas com práticas religiosas, tanto por conta de sua idade mais avançada e seu pensamento, que se encontra mais próximo da morte, quanto por ser um ato que lhe proporciona emoções positivas. Por conta disso, a espiritualidade representa uma das estratégias de enfrentamento mais utilizadas por eles, além de apresentar notáveis resultados no combate a doenças mentais existentes nesse grupo (Carvalho *et al.*, 2021).

A variável de saúde mental apresenta índices superiores à saúde física, por exemplo, a saúde física referida como muito boa é de 26,6%, enquanto a saúde mental referida como muito boa é de 37,5%. Nesse sentido, o estudo de Carvalho *et al.* (2021) afirma que, por conta de sua idade, os idosos apresentam algumas perdas físicas, materiais e pessoais e isso acaba prejudicando sua capacidade de adaptar-se a situações difíceis. Apesar disso, foi observado que esse grupo faz uso de muitas estratégias de enfrentamento, sendo que as mais utilizadas estão relacionadas aos seus familiares, pois através desses laços eles conseguem enfrentar com mais facilidade esses transtornos. Outro ponto que foi bastante observado nas pesquisas é que esses idosos fazem uso de lembranças do seu passado para poderem enfrentar problemas atuais, com isso eles podem usar determinadas estratégias que lhes foram úteis em algumas situações (Carvalho *et al.*, 2021).

No presente estudo, observou-se um resultado positivo relacionado à temperança. O equilíbrio, em todos os aspectos, é essencial para a qualidade de vida da pessoa idosa. Diversos fatores devem ser considerados, como a situação socioeconômica, carência de vitaminas, alto consumo de açúcar, saúde bucal prejudicada e hábitos como tabagismo e alcoolismo. Jacob (2009) ressalta que, dentro de uma população da mesma faixa etária, há uma ampla diversidade de condições que exigem adaptações na dieta. Assim, destaca-se que não existe uma “dieta ideal para o idoso”. As necessidades alimentares para cada nutriente têm sido amplamente estudadas, considerando as condições em que devem ser limitadas ou suplementadas.

Mesmo em ambientes financeiramente favorecidos, a desnutrição proteica em idosos não é incomum e tende a aumentar com o avanço da idade. Isso ocorre, em parte, porque, nos últimos anos, têm sido oferecidos a eles “alimentos mais leves”, predominantemente compostos por carboidratos. Além disso, fatores como problemas dentários, dificuldades na compra e preparo dos alimentos, a necessidade de

viver e cozinhar sozinho, distúrbios de humor e alterações no sistema digestivo agravam ainda mais esse quadro. A redução do apetite, da secreção salivar e do paladar também contribui para um cenário propício à deficiência nutricional. Esse quadro leva, inevitavelmente, ao comprometimento da saúde, com consequências estruturais, como osteoporose, sarcopenia e atrofia do tecido subcutâneo, e funcionais, afetando a imunidade, a locomoção e o controle da temperatura corporal. Essas condições estão diretamente relacionadas aos mecanismos fisiopatológicos da maioria das doenças que acometem os idosos (Gomes *et al.*, 2024).

Outra dimensão positiva, evidenciada na pesquisa, foi a exposição à luz solar. O Brasil é um país tropical e, em boa parte do ano, a regra são dias de sol, mas nem todas as pessoas tomam proveito desse importante recurso para a saúde. Para ser metabolizada, a Vitamina D necessita da exposição solar, e seus efeitos acontecem especialmente no que se relaciona à saúde dos ossos. A vitamina D em pessoas idosas regula o sistema imunológico e previne doenças. Correta suplementação de medicamentos, alimentação adequada e exposição ao sol são medidas importantes para a saúde dos idosos (Marquez *et al.*, 2021).

No presente estudo, a nutrição e o exercício foram as dimensões em maior deficiência. A nutrição vem ganhando um grande papel de destaque no processo de envelhecimento, tanto na promoção da qualidade de vida quanto na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Hábitos alimentares saudáveis promovem não apenas o retardo do envelhecimento, mas também um envelhecimento sadio (Barbosa *et al.*, 2023).

Convém lembrar que o apetite reduz com o envelhecimento. Isso foi recentemente denominado de “anorexia do envelhecimento”. Como a desnutrição representa o desfecho da incompatibilidade entre ingestão alimentar e demanda de energia, esse distúrbio foi reconhecido como uma síndrome geriátrica específica que pode levar à desnutrição caso não seja diagnosticada e tratada adequadamente (Gonçalves, Horie, Seab, 2019). O envelhecimento provoca também uma série de alterações fisiológicas e funcionais que promovem – direta ou indiretamente – mudanças nos hábitos alimentares dos indivíduos. O declínio da sensibilidade gustativa e olfatória contribui para a piora da qualidade da alimentação, o que implica em prejuízos funcionais do trato gastrointestinal. Com isso, a perda dentária e perda da função mastigatória também estão associados a menor ingestão alimentar, além da redução do metabolismo, que culminam no desenvolvimento da desnutrição proteico-calórica.

Além dos fatores fisiológicos citados, as condições socioeconômicas desempenham um papel fundamental em relação à qualidade de vida na velhice. A elevação da renda, da escolaridade, das condições de moradia e maior acesso aos bens e serviços interferem na disponibilidade e/ou acesso aos alimentos, afetando as escolhas dietéticas e o padrão alimentar ao longo da vida (Borrego *et al.*, 2022).

O processo natural de envelhecimento está associado à perda gradual e progressiva de massa muscular, força e performance muscular. A boa nutrição, especialmente uma ingestão adequada de proteínas, ajuda a limitar e tratar os declínios funcionais relacionados à perda de massa muscular durante o processo de envelhecimento. Nos idosos, é esperado o benefício do aumento da ingestão proteica, especialmente em relação aqueles com anorexia e ingestão alimentar reduzida, juntamente com maiores necessidades devido ao catabolismo das condições inflamatórias (Gonçalves, Horie, Seab, 2019). Portanto, é necessário um cuidado redobrado no planejamento alimentar e nutricional dos idosos, tendo em vista promoção da saúde e a manutenção e/ou melhora do estado nutricional.

Desde o século XIX, quando a alimentação foi apresentada como uma estratégia de promoção da saúde, iniciando-se as pesquisas científicas no campo da nutrição, as quais iriam influenciar a ocorrência de mudanças na alimentação e na saúde, houve um crescente aumento na melhora da qualidade de vida, e, como já citado anteriormente, aumento da longevidade (Lima, Santos, Lima, 2024). Afinal de contas, a nutrição adequada é um fator primordial para manutenção e prevenção das doenças e da desnutrição em idosos. Porém, sabe-se que é um desafio manter alimentação e hidratação adequadas para os idosos, devido a diversos fatores que alteram toda a dinâmica de vida e a integridade física como a maior prevalência de doenças crônicas, dificuldades cognitivas, fragilidade, sarcopenia, polifarmácia, perda de autonomia, dificuldade para mastigação e deglutição (Gonçalves, Horie, Seab, 2019).

Por consequência, a redução na ingestão de proteínas, calorias e líquidos agravam o estado nutricional, o que aumenta o risco de comorbidades, ocasionando piores desfechos clínicos e na qualidade de vida (Gonçalves, Horie, Seab, 2019). Nessa direção, estudos de Pereira *et al.* (2016), foram conclusivos quanto às alterações que dificultam a ingestão alimentar adequada durante o envelhecimento, em parte devido ao sedentarismo muito comum em idosos, o processo de regeneração muscular se torna mais difícil, ocasionando a perda progressiva da massa muscular esquelética.

Ao mencionar sedentarismo, podemos adentrar em outra dimensão que está com índices deficientes nessa pesquisa, a atividade física. De acordo com Silva *et al.* (2021) há impactos da prática de exercício físico na qualidade de vida da pessoa idosa, apontados por relatos de que exercícios de alongamento aumentam a flexibilidade, proporcionam bem-estar, força muscular e, acima de tudo, bom condicionamento físico, melhorando a saúde da pessoa idosa. Por estas razões, a prática regular de atividade física apresenta-se como um importante fator de proteção para a incapacidade funcional entre idosos, minimizando a degeneração provocada pelo envelhecimento e melhora na qualidade de vida (Silva *et al.*, 2021). Deste modo, a prática de exercício físico mostra-se como uma ferramenta para alcance de uma maior longevidade, uma vez que esses movimentos programados, além de gerar gasto calórico, contribuem para redução

da ocorrência de doenças, atuam nas dimensões físicas e cognitivas, envelhecimento saudável e por fim, incide na qualidade de vida como um todo (Prado *et al.*, 2021).

Portanto, as medidas para obter um bom envelhecimento pautam-se na atuação do idoso no ambiente, de forma ativa, no qual esse está inserido. De acordo com a OMS (2009), o envelhecimento ativo configura-se como um processo que contribui para essa atividade, uma vez que proporciona condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Sousa *et al.* (2020), nesse sentido, revelam que o envelhecimento ativo está ligado às dimensões sociais e também à prática de atividade física de lazer.

Segundo American College of Sports Medicine (ACSM, 2021), a prática de exercícios físicos beneficia o idoso nas dimensões físicas, cognitivas e de qualidade de vida (Prado *et al.*, 2021). Para além disso, os efeitos positivos da prática de exercícios físicos na funcionalidade de pessoas idosas incluem maior independência em atividades de autocuidado, melhoria da autoestima, melhora qualidade de vida, maior expectativa de vida, redução do risco de quedas e da mortalidade (Silva *et al.*, 2021). Assim sendo, ao praticar exercício físico regularmente, a pessoa idosa experimenta melhora de todos os sistemas do corpo humano, desde a capacidade cognitiva e funcional, fortalecimento nas habilidades físicas, o que o capacita a realizar da melhor forma as atividades diárias, e consequentemente, possibilita viverem com qualidade (Silva *et al.*, 2021).

A QV é um fenômeno complexo, subjetivo e com múltiplos aspectos, sendo, portanto, de difícil interpretação. Envolve o julgamento individual de alguns domínios específicos da vida – como autoestima e bem-estar pessoal – abrangendo aspectos relacionados à capacidade funcional, ao nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, ao autocuidado, suporte familiar, à saúde, à função sexual, aos valores culturais, éticos e religiosos, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou atividades diárias e ao ambiente em que se vive (Simeão *et al.*, 2018; Teixeira *et al.*, 2016).

Sendo assim, se mostra de grande relevância o estímulo à realização de atividades físicas pelas pessoas idosas de modo assistido, orientado conforme capacidades individuais (Silva *et al.*, 2021). Neste contexto, apesar do envelhecimento ser um fator inevitável, o declínio fisiológico varia consideravelmente entre os indivíduos (Santana, 2024).

Dito isto, outros estudos corroboram que os impactos favoráveis na prática de atividade física regularmente são de benefícios para um processo de envelhecimento saudável (Mellado, Lima, 2023). Ficou destacado entre os estudos que o exercício físico continuado em idosos aprimora a capacidade respiratória, frequência cardíaca, força muscular, memória recente, cognição e habilidades sociais. Isso sem contar os níveis de aptidão física e capacidade funcional, que são aspectos importantes para uma saúde de qualidade (Jeronymo, Santos, 2023).

Assim, a saúde com qualidade em idade avançada é entendida por ações interligadas e sistemáticas, tais como bons hábitos alimentares, uso correto de

medicamentos e a prática de atividades físicas regulares. Na integração dos dados dos artigos, há o destaque dessa importância da prática de exercícios físicos para o combate de sintomas depressivos em pessoas com mais de 60 anos. A prática de exercício físico pode estar associada a significativa redução nos índices de depressão em idosos e a melhor condição da saúde mental (Sousa *et al.*, 2020).

Por conseguinte, a manutenção da capacidade funcional dos idosos é um dos fatores que contribuem para uma melhor qualidade de vida dessa população. Nesse sentido, a prática de atividades físicas é um importante meio para se alcançar esse objetivo, devendo ser estimulada ao longo da vida. Especificamente nessa faixa etária, deve-se priorizar o desenvolvimento da capacidade aeróbica, flexibilidade, equilíbrio, resistência e força muscular de acordo com as peculiaridades dessa população, de modo a proporcionar uma série de benefícios específicos à saúde biopsicossocial do idoso (Silva, Guimarães, Carvalho, 2023).

Estudos de Lima (2021), por exemplo, atestam que a realização e manutenção das recomendações mínimas de atividade física podem prevenir 45% das mortes associadas à inatividade física. Além disso, outras pesquisas mostram que pessoas idosas são mais inativas e não seguem essa recomendação, que frequentemente é considerada por eles como uma meta inatingível, particularmente para os idosos com limitações funcionais e fragilidade.

Em termos de tarefas diárias, os idosos gastam cerca de dois terços do tempo do seu dia em atividades sedentárias, um terço com atividades leves e apenas 2,1% do seu dia com atividades consideradas de moderada a vigorosa. Além disso, observa-se que quanto maior a idade, maior a tendência ao comportamento sedentário e/ou à realização de atividades físicas de leve intensidade (Lima, 2021).

Desta forma, uma das ferramentas para aumentar o nível de atividade física e minimizar o comportamento sedentário é o estímulo por parte dos profissionais de saúde para que os idosos sejam mais ativos de forma geral. Entre as estratégias preconizadas, está a orientação para que os idosos adicionem pequenas quantidades de atividade física no dia a dia e aumentem o tempo em atividades de baixa intensidade, como caminhada leve. Caminhar é a atividade física mais comum para adultos, podendo variar de um gasto energético de 2,0 METs (*Metabolic Equivalent of Task*) por hora na caminhada lenta dentro de casa a 2,5 METs na caminhada utilitária e a 3,5 METs na caminhada como exercício (Lima, 2021).

De todo modo, a caminhada é reconhecida como uma atividade física básica porque é acessível, barata e mais segura do que outras formas extenuantes de exercício, e pode ser monitorada e quantificada. No geral, quase 30% dos homens e 40% das mulheres relataram caminhar como atividade física no lazer. Um em cada três idosos relatou caminhar fora de casa pelo menos cinco dias por semana. Entre os

idosos, a caminhada sem pressa é a principal atividade física relatada nos últimos 90 dias (Lima *et al.*, 2021).

Nesse contexto, é importante mencionar as barreiras à prática de atividade física pelos idosos. Estudos de Socoloski *et al.* (2021), a título de exemplo, foram conclusivos ao apontar que as barreiras para a prática de atividade física pela pessoa idosa, são as barreiras intrapessoais, as mais percebidas pelos idosos brasileiro: a “dor, doença e/ou lesão” a mais frequentemente mencionada, seguida das barreiras “falta de segurança”; “medo de cair/se machucar” e “sentir-se suficientemente ativo” (Socoloski, 2021).

Percebe-se a necessidade de se criar estratégias de intervenção específicas para essa população, levando em consideração os aspectos sociodemográficos e ambientais para uma efetivação das ações de adoção e manutenção de atividades físicas (Maciel, 2021). As dimensões “água”, “ar puro” e “descanso” estiveram próximas da média, necessitando também atenção. A água é o maior constituinte do corpo humano e, portanto, um dos elementos mais importantes para a manutenção da vida. Presente em cada célula, tecido e compartimento do nosso corpo. Ela é necessária para transportar nutrientes e resíduos do metabolismo celular, para regular a temperatura corporal, manter a estrutura das células e ainda apoiar a sua função (Guimarães *et al.*, 2021).

Todavia, apesar da sua importância indiscutível, é frequentemente esquecida nas recomendações dietéticas e poucas vezes é alvo de estudo, especialmente na população idosa. A sede, mesmo sendo o sinal mais antecipado de desidratação nos adultos, apresenta-se em menor frequência na população idosa devido as mudanças fisiológicas características do envelhecimento supracitadas (Wojszel, 2020).

Deste modo, a ingestão adequada de líquidos é importante para os idosos para a prevenção da desidratação e para a manutenção da homeostase corporal. A alteração da sensação de sede é um dos motivos que faz com que a maioria dos idosos não ingiram líquidos, dado que não sentem necessidade. Consequentemente, a desidratação pode resultar na hospitalização. Neste estado, os sinais clínicos podem incluir sintomas neuropsíquicos como confusão mental, queda da pressão arterial, secura das mucosas, hipotonia do globo ocular, hipotensão ortostática e taquicardia. Ademais, pode também aumentar o risco de infecções e, se for negligenciada, a mortalidade nestes casos pode atingir mais de 50%.

Além do mais, pode haver dificuldade quanto à mobilidade para ter acesso à água por parte dos indivíduos, que pode também ocorrer por problemas de visão, deglutição, alterações cognitivas etc. É de muita importância quantificar a ingestão hídrica de idosos, pois se não ocorrer de forma adequada pode acarretar prejuízos graves (Guimarães *et al.*, 2021).

Tratando-se das funções respiratórias dos idosos e o seu respirar, sobre o envelhecimento biológico, informam que a morfologia da parede torácica sofre várias alterações conducentes ao tórax senil e, consequentemente, ao pulmão senil. A perda de

elasticidade é a alteração estrutural predominante no idoso. Os bronquíolos tornam-se menos resistentes, facilitando o colapso expiratório. A diminuição do número de alvéolos, devido à função pulmonar é afetada pelas alterações referidas. A capacidade vital (CV) sofre, geralmente, uma redução de quase 25% ou 40% (Vicente, 2022).

Há consenso sobre as mudanças que ocorrem nas características do sono ao longo da vida. A sua má qualidade, vivida por pessoas idosas, é vista por muitos como um resultado inevitável do envelhecimento. No entanto, embora haja redução na consolidação do sono-vigília entre os idosos, a sua qualidade nessa população não deve necessariamente ser ruim. A prevalência de problemas desse tipo em idosos pode levar ao prejuízo da cognição e ao desenvolvimento de demência, evidenciando o importante papel do sono no declínio das funções cognitivas nesse grupo (Moreno *et al.*, 2019).

Nesse sentido, estudos como o de Moreno *et al.* (2019), foram conclusivos a respeito da “dificuldade em adormecer” em idosos residentes do município de São Paulo. Além disso, a pesquisa demonstrou que essa dificuldade se acentua, sobretudo, no sexo feminino, além de estar associada a consequências como doenças articulares, infecção urinária e noctúria. Assim, a promoção da saúde dos idosos é o primeiro passo para a melhoria de sua qualidade de sono (Moreno *et al.*, 2019).

O enfoque comportamental é também um ponto de inflexão que carrega boa parte das ambiguidades e polemicas acerca do que é ou deve ser a promoção da saúde. Assim, intenso debates têm internacionalmente caracterizado este campo que, segundo Rootman *et al.* (2001), está longe de ser monolítico, devido as tensões e questões mal resolvidas. Por esta razão, delinear uma posição, dentro de tal contexto, é um ponto de partida necessário ao desenvolvimento de ações educativas para saúde dos idosos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2024), as doenças crônicas, especialmente as não transmissíveis, são a nível mundial uma das principais causas de morte e incapacidade, afetando significativamente a qualidade de vida em diversas populações, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. O declínio na capacidade funcional pode ser prematuramente estimulado ou acelerado, bem como pode ser reversível, em qualquer idade através de medidas individuais e das políticas públicas (Francisco *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

O envelhecimento pode acontecer com mais qualidade, menos doenças e declínios, quando adotado um estilo de vida saudável. Relatos científicos esclarecem os reflexos de um bom estilo de vida sobre a qualidade de vida do indivíduo que envelhece. Cada uma das oito dimensões – nutrição, exercício físico, ingestão de água, luz solar, temperança, ar puro, descanso e confiança em Deus – tem o seu papel e importância para o envelhecendo.

No presente estudo, ficou evidenciado que idosos evangélicos, especificamente nesta amostra de adventistas, permeiam um estilo de vida bom. Porém, com necessidade de uma atenção especial quanto a sua nutrição e a prática de exercícios físicos, além de ingerir mais água, respirar ar puro e descansar melhor. Aumentando os exercícios e implementando a alimentação rica em fibras, o sobrepeso poderia ser diminuído neste grupo específico. Em linhas gerais, a educação em saúde poderia ser um dos caminhos para que os idosos sejam conscientizados a respeito dos benefícios de um estilo de vida como indicador de saúde e qualidade de vida.

Por fim, a gerontologia enfatiza a importância da promoção e prevenção de saúde. A OMSaúde projeta em suas publicações uma estreita relação entre comportamento favorável e envelhecimento saudável. Portanto, mudanças no estilo de vida devem ser estimuladas. A conscientização do idoso poderá resultar em atitudes de promoção da saúde. Nesse sentido, menciona-se a frase cunhada por Wood (1994): “Os seres humanos, ao mudarem as atitudes internas de suas mentes, podem mudar os aspectos externos de suas vidas”.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; ISAYAMA, R. N.; RODRIGO, G. T.; WATAYA, R. S.; TERTULIANO, I. W. Validação do Questionário Oito Remédios Naturais – Q8RN – Versão Adulto. **Lifestyle Journal**, v. 5, n. 2, p. 109-134, 2018.
- ACSM'S. **Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. 11. ed. Wolters Kluwer, 2021.
- ALCÂNTARA, G. C.; ARRUDA, A.; MACHADO, C. Q.; CHAUD, D. M. A. Blue Zones – as regiões mais longevas do planeta. **Saber Científico**, v. 11, n. 1, 2022.
- ASSUMPCÃO, D. CAIVANO, S., CORONA, L. P., BARROS, M. B. D.A, BARROS FILHO, A. D. A, & DOMENE, S. M. Á. O que revela o Índice de Qualidade da Dieta associado ao Guia Alimentar Digital comparativamente a outro índice, em idosos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1477-1490, abr. 2022.
- BALTES, P. B.; SMITH, J. Novas fronteiras para o estudo do envelhecimento: da velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **Terceira Idade**, v. 17, n. 36, 2006.
- BARBOSA, A. VANNUCCI, B.M, MARTINS, C. R., GONÇALVES, D., & SILVA, J. L. Envelhecimento saudável: impacto da má alimentação na velhice. **Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Nutrição e Dietética)** – Escola Técnica Estadual ETEC São Mateus (Jardim São Cristovão – São Paulo), São Paulo, 2023.

BORREGO, C. C. H., LOPES, H. C. B., SOARES, M. R., BARROS, V. D. A., & FRANGELLA, V. S. Causas da má nutrição, sarcopenia e fragilidade em idosos. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, n. 1, p. 54-58, 2012.

BORSON, L. A. M. G.; ROMANO, L. H. Revisão: o processo genético de envelhecimento e os caminhos para a longevidade. **Revista Saúde em Foco**, v. 12, p. 239-244, 2020.

BOSNES, I.; NORDAHL, H. M.; STORDAL, E.; BOSNES, O.; MYKLEBUST, T. Å.; ALMKVIST, O. Preditores de estilo de vida de envelhecimento bem-sucedido: um estudo HUNT prospectivo de 20 anos. **PLoS One**. v. 14, n. 7, 2019. e0219200. Publicado em 11 de julho de 2019.

CALDAS, L. S, FORTALEZA, K. R.; SILVA, P. V. C., BRITO, L. O.; CHEIN, M. B. C.; VASCONCELOS, C. B. E. Violence against the aged woman: silenced voices. **Geriatrics, Gerontology and Aging**. v. 2, p. 167-175, 2008.

CAMPOS J. O.; SILVA, A. M.; ROCHA C. S. A.; RODRIGUES C. P. S.; Melo, M. A.; SANTOS, E. M. C.; LEITE, A. F. B.; CARVALHO, M. F. Estado nutricional e consumo alimentar de idosos participantes dos grupos Hiperdia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, 2021.

CARVALHO, L. M.; COSTA, G. P.; FEITOSA, L. G. G. C.; RIBEIRO, I. P.; CARVALHO, C. M. S.; MÂCEDO, V. S.; RODRIGUES, A. M. E.; NASCIMENTO, L. O. Idosos e suas estratégias de enfrentamento em saúde mental. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, 2021. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15103>> Acesso em: 24 set. 2024.

CASTRO, A. P. R. D., PINTO, A. G. A., GUIMARÃES, J. M. X., TORRES, G. M.C., & MORAIS, A. P.P. Intergeracionalidade e promoção da saúde: reflexões e desafios na atenção à pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, e230093, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230093.pt>>. Acesso em: 24 set. 2024.

CRUZ, J. P., COLET PC, QUABEILAT H, AL-OTAIBI J, CORONEL EL, SUMINTA RC. Religiosity and Health-Related Quality of Life: A CrossSectional Study on Filipino Christian Hemodialysis Patients. **Journal of Religion & Health**, v. 55, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-015-0103-9/fulltext.html?view=classic>>. Acesso em 4 de set. 2024.

DAWALIBI, N. W.; ANACLETO, G. M. C.; WITTER, C.; GOULART, R. M. M.; AQUINO, R. C. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013.

FECURY, A. A.; AQUINO, E. S. R.; OLIVEIRA, J. L.; GONÇALVES, V. N. D. A prática da religiosidade como fator determinante para uma vida saudável: O caráter religioso como mantenedor da saúde física e mental. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 7, n. 3, p. 69-79, 2020.

FEKETE, M.; SZARVAS, Z.; FAZEKAS-PONGOR, V. Nutrition strategies promoting healthy aging: from improvement of cardiovascular and brain health to prevention of age-associated diseases. **Nutrients**, v. 15, n. 1, p. 47, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/nu15010047>>. Acesso em 15 jan. 2024.

FERNANDES, A. SANTINHA, G.; FORTE, T.; DIOGO, S. Políticas locais e envelhecimento ativo: a realidade portuguesa à luz da percepção de diferentes atores. **Revista de Geografia e Ordenamento do Território**, n. 20, p. 79-104, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.17127/2020.20.004>>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FERREIRA, L. D. C.; DEMOLY, K. R. DO A.; PEREIRA, Y. V. Transformações cognitivas nas trajetórias de envelhecimento e longevidade em saúde mental. **Interface**, v. 28, 2024.

FERREIRA, T. S.; SALES, A.; BAPTISTA, A. S. Exercícios físicos na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Saúde em Foco**, n. 13, 2021.

FIGUEIRA, O.; DANTAS, E. H. M., FRANCO, R. S., & PERINI, C.C. Estratégias para a promoção do envelhecimento ativo no Brasil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8556>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

FRANCISCO, P. M. S. B.; ASSUMPÇÃO, D.; BORIM, F. S. A.; SENICATO, C.; MALTA, D. C. Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 86, 2019.

FRANCISCO, P. M. S. B., ASSUMPÇÃO, D. D., BACURAU, A. G. D. M., NERI, A. L., MALTA, D. C., & BORIM, F. S. A. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2655-2665, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-8123202277.22482021>>. Acesso em: 15 de jan. de 2024.

GALVÃO, A.; GOMES, M. J. O processo de envelhecimento gratificante: felicidade e afetividade. In: PINHEIRO, Joaquim (Coord.). **Olhares sobre o envelhecimento: estudos interdisciplinares**. V. 1, p. 159-168, 2021.

GIACOMIN, K. C. Até quando? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 11, p. 3082-3082, 2023.

GIORDANO, V.; NICOLOTTI, M.; CORVESE, F.; VELLONE, E.; ALVARO, R.; VIL-
LA, G. Describing self-care and its associated variables in ostomy patients. **Journal
of Advanced Nursing**, v. 76, n. 11, p. 2982-2992, jul. 2020.

GOMES, D. E., SILVA, T. F. D., ROCHA, L. D. S., FREITAS, Y. N. L. D., LESSA, A. D.
C., & DREITAS, R. F. Tendência temporal da mortalidade por desnutrição proteico-
-calórica em pessoas idosas no Brasil, no período de 2000–2021. **Revista Brasileira
de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, 2024.

GONÇALVES, T. J. M.; Horie L. M.; SEAB, G.. [Diretriz BRASPEN de terapia nutri-
cional no Envelhecimento](#). **BRASPEN Journal**, v. 34, , p. 2-58, 2019.

GORDILHO, A; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ES-
PÍNDOLA, N. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde
na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2000.

GUIMARÃES, B. P.; MACIEL, A. R.; BARBOSA, A. P.; VIZIOLLI, B. N. P.; VITTA,
C. E.; CHAUD, D. M. A. **O consumo de água em idosos: uma revisão**. *Vita et Sanitas*,
v. 15, n. 2, p. 53-69, 2021.

HAN, Y.; XING, F.; HUANG, J.; WANG, M. Associated factors of health-promoting
lifestyle of the elderly based on the theory of social ecosystem. **Atención Primaria**, v.
55, n. 9, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102679>>. Acesso-
do em 15 jan. 2024.

JACOB, W. F. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. **Boletim do Insti-
tuto de Saúde**, n. 47, São Paulo, SP, 2009.

JERONYMO, H. R. S.; SANTOS, F. P. Impactos e benefícios do exercício físico no enve-
lhimento. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 39, n. 76, , 2023.

LEPHERD, L. Spirituality: everyone has it, but what is it? **International Journal of
Nursing Practice**, p. 566-74, 2015. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/
doi/10.1111/ijn.12285/abstract;jsessionid=71985F1B042C3A8C6EC1FB2E4CB874E6.
f04t01](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12285/abstract;jsessionid=71985F1B042C3A8C6EC1FB2E4CB874E6.f04t01)>. Acessado em 15 jan. 2024.

LIMA, A. C. Vitamina D: importância e implicações de sua deficiência na saúde da
população idosa. **Trabalho de Conclusão de Curso de Nutrição**. Universidade Fed-
eral do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

LIMA, A. F. Os adventistas do sétimo dia em Portugal: práticas de saúde e bem-estar.
2021. **Dissertação (Doutorado) – Universidade de Lisboa**, Lisboa, 2021.

LIMA, W.; LIMA, C. A.; SANTOS, R. B.; SOARES, W. J. S.; PERRACINI, M. R. Uti-
litarian walking and walking as exercise among community-dwelling older adults:

what factors influence it? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 01, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190255>>.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, pp. 700-701, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>>. Acesso em 15 de jan. 2025.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 16, n. 4, pp. 1024-1032, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024>>. Acesso em 15 jan. 2024.

MELLADO, A.; LIMA, K. A. Avaliação da capacidade funcional de idosos fisicamente ativos. **RECIMA21: Revista Científica Multidisciplinar**, v. 4, n. 5, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.47820/recima21.v4i5.3234>>. Acesso em 15 jan. 2024.

MELO, A. B. O. NASCIMENTO, M. E. B., AGUIAR, P. S., ESTEVES, R. F., OLIVEIRA, J. M., FAÇANHA, E. B., VIEIRA, L. S. Prevenção de doenças crônicas através de mudanças no estilo de vida. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 3, n. 2, p. 1424-1435, 2024.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3879-3888, 2020.

MINAYO, M. S. C. S.; COIMBRA C. E. J. **Antropologia, envelhecimento e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MORENO, C. R. C.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L.; ULHÔA, M. A.; DUARTE, Y. A. O. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180018.supl.2>>. Acesso em 15 jan. 2024.

MOURA, P. H. *et al.* Análise da qualidade do ar e fatores meteorológicos na cidade de Nova Iguaçu (Rio de Janeiro - Brasil) entre os anos de 2000 a 2016. **Revista Brasileira de Meio Ambiente**, v. 99, p. 87-99, 2020.

MOURA, P. H.; SANTOS, D. W. L., DE MELLO SILVA, J., PEREIRA, P. G., DA SILVA, F. P., & MORENO, A. M. Poluição atmosférica e hospitalizações por agravos pulmonares em idosos na cidade de Nova Iguaçu. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 26, p. 417-436, 2021.

NERI, M. L. Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. **Psico-USF, Itatiba**, v. 9, n. 1, p. 109-110, 2004.

NEVES JUNIOR, T. T.; CARVALHO, E. A.; SILVA, C. J. A.; QUEIROZ, A. A. R.; MEZES, R. M. P. Hábitos de vida e envelhecimento saudável: uma revisão integrativa. **VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. UFRN, 2020.

NORTE, C. M. C. Insônia no idoso: desafios clínicos e terapêuticos: uma revisão da literatura. **Trabalho Final do Curso de Mestrado Integrado em Medicina**, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2022.

NUNES, S. C. R. Perspectivas e experiências da transição para a inatividade laboral e condição sénior: dimensões socioeducativas. **Tese de doutoramento em Ciências da Educação**. 2024.. Disponível em: <<https://hdl.handle.net/1822/91333>> Acesso em 15 de jan. 2024.

OLIVEIRA, J. A. D.; RIBEIRO, J. M.; EMMERICK, I. C. M.; LUIZA, V. L. Longevidade e custo da assistência: o desafio de um plano de saúde de autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, pp. 4045-4054. 2020.

OLIVEIRA, M.; JUNIOR, R. S.; SILVA, K.; MENDES, D. O estilo de vida e suas repercussões na qualidade de vida profissional. Lifestyle and its repercussions on quality of professional life. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 24, n. 1, p. 199-210, 2023.

OLIVEIRA, S. N.; TEIXEIRA, C. S. Alimentação vegetariana adventista: uma visão qualitativa da alimentação. **Revista Científica Unilago**, v. 1, n. 1, 2022.

PEREIRA, I. F. S.; SPYRIDES, M. H. C. A.; BARBOSA, L. M. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**. 2016, v. 32, n. 5.

PILGER, C.; SANTOS R.; LENTSCK M.; MARQUES S.; KUSUMOTA L. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4., 689-96, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006>>. Acesso em 15 jan. 2025.

PORTO, E.; PIMENTEL, T.; BERNARDES, F.; CAMARGO, A. C.; KUMPEL, C. Efeitos da atividade física inespecífica sobre o equilíbrio corporal em idosos. **Life Style**, v. 6, n. 2, p. 73-82, 2020.

PRADO, B. P.; REIS, L. A.; ASSIS, W. G.; BRITO, F. R. Exercício físico como ferramenta para o envelhecimento ativo: Uma reflexão teórica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, 2021.

ROLIZOLA, P. M. D.; FREIRIA, C. N., SILVA, G. M. D., BRITO, T. R. P. D., BORIM, F. S. A., & CORONA, L. P. Insuficiência de vitamina D e fatores associados: um estudo com idosos assistidos por serviços de atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 653–663, 2022.

ROWE, J. W., KAHN, R. L. Successful aging. **The Gerontologist**, vol. 37, issue 4, pp. 433-440, 01 ago. 1998. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/37/4/433/611033?redirectedFrom=fulltext> Acesso em: 28 fev. 2025.

SANTANA, M. L. D. Treinamento de Força e Flexibilidade em Idosos: uma revisão narrativa. **Trabalho de Conclusão de Curso em Educação Física**. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2024.

SANTOS, L. The impact of nutrition and lifestyle modification on health. *European Journal of Internal Medicine*, v. 97, p. 18-25, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2021.09.020>>. Acesso em: 15 de jan de 2025.

SILVA, G. S.; SANTOS, N. C.; BATISTA, T.; CONCEIÇÃO, J. S.; LIRA, R. F.;

MOURA, V. C. Impactos da prática de exercícios físicos na qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 2, 2021.

ABDALA, G. A.; ANDRADE, E. A. Confiança em Deus. In ALFIERI, F. M.; ABDALA, G. A. (orgs) **A Ciência dos 8 Remédios Naturais**. Engenheiro Coelho, SP: Unaspres, 2020.

SILVA, N. C. O. V. Exercício Físico. In ALFIERI, F. M.; ABDALA, G. A. (orgs) **A Ciência dos 8 Remédios Naturais**. Engenheiro Coelho, SP: Unaspres, 2020.

SILVA, N. S. L.; GUIMARÃES, P. M. O.; CARVALHO, J. Efeitos do Programa Nine Matrices Exercise no equilíbrio, força muscular, flexibilidade e resistência aeróbia em idosos. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 37, 2023.

SIMEÃO, S. F. A. P. *et al.* Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3923-3934, 2018.

SOARES, A. S., AMORIM, M. I. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a08.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SOCOLOSKI T. S.; RECH, C. R.; JUNIOR, J. A. C.; LOPES, R. M.; HINO, A. A. F.; GUERRA, P. H. Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2021. Disponível em: <<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14580>>. Acesso em: 30 jan. 2024.

SOUSA, G. C. B. S.; TAVARES, J. V. A.; SANTOS, A. C. D. A influência da saúde mental na qualidade de vida dos idosos. **Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida**, 2020. Disponível em: <<http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/congressogeriatría/article/view/2315/1554>>. Acesso em: 15 jan. 2025.

SOUZA, E. M.; SILVA, D. P. P; BARROS, A. S. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. *Ciência & Saúde*

Coletiva, v. 26, n. 4, p. 1355-1368, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09642019>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SOUZA, W. R. AZEVEDO, P. G., SILVA, L. O., & RIBEIRO, J. D. O. M. Os benefícios da atividade física e sua aplicabilidade para o envelhecimento saudável. **CIS-Conjecturas Inter Studies**, v. 24, n. 1, 2024.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

VICENTE, S. R. C. A influência da idade e da composição corporal nos valores espirométricos na população adulta. **Dissertação de mestrado em Atividade Física**. Instituto Politécnico de Castelo Branco. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Decade of healthy ageing: baseline report**. World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/338677> Acesso em: 25 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. A glossary of terms for community health care and services for older persons, 2004. Disponível em: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_v015_glossary.pdf. Acesso em: 25 set. 2024.

WOJSZEL, Z. B. Impending low intake dehydration at admission to a geriatric ward: prevalence and correlates in a cross-sectional study. **Nutrients**, v. 12, n. 2, p. 398, fev. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32024303>>. Acesso em: 23 set. 2024.

ZANATTA, C. DE SANTANA, C. M. L., DOMINGOS, L. F., DA SILVA, DUFFLIS, A. C., & DA SILVA COELHO, P. D. Crenças de jovens a respeito do envelhecimento e a pessoa idosa. **Revista Valore**, v. 6, p. 183-200, 2021.

ZHANG, Y.; WANG, C.; LIU, D., ZHOU, Z., GU, S., & ZUO, H. Association of total pre-existing comorbidities with stroke risk: a large-scale community-based cohort study from China. **BMC Public Health**, v. 21, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12002-1>>. Acesso em: 25 set. 2024.

APÊNDICE A

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

Código de Identificação: _____ Iniciais do nome: _____

Idade: _____ anos Sexo: () Fem. () Masc. ()

Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Outro

Com quem mora: () Sozinho () Pai e mãe () Pai () Mãe () Outros

Cor da pele referida: () Branca () Parda () Preta () Indígena () Amarela

Religião referida: _____ Há quanto tempo: _____ anos

Profissão: _____

Escolaridade:

() Sem instrução ou ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto

() Ensino médio completo ou ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

() Pós-graduação

Peso: _____ Kg, Altura: _____ Cm, IMC: _____ Kg/m², Cintura: _____ cm⁷

Quadril: _____ cm Relação cintura/quadril: _____

PA: _____ mmHg, Glicemia capilar: _____ mg/dl, Espirometria: _____ l/min

Teste de esforço:

Antes: _____ bpm Depois: _____ bpm

Saúde física referida: () Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim

Saúde mental referida: () Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim

Qualidade de vida referida: () Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim

Doenças referidas: _____

O que você deseja melhorar em sua saúde? _____

QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA GRAVADA

1. O que significa uma boa liderança evangelística para você?
2. Fale um pouco sobre as características das lideranças das igrejas nas quais atua e como elas influenciam no crescimento sustentável da membresia.
3. Entre os tipos de liderança missional (**ativista, comunitária, evangelística e companhia ou fraterna**), quais são as mais predominantes nas igrejas em que você atua?
4. Dê exemplos de situações em que as características de liderança se mostraram evidentes.
5. Entre os “ministérios diversificados”, a Promoção da Saúde exerce influência para o fortalecimento espiritual da igreja? Fale um pouco sobre isso.

APÊNDICE B

FORMULÁRIO SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES DE FÉ ADVENTISTAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

(PARA PASTORES E LÍDERES)

O objetivo desta pesquisa é obter uma melhor compreensão das características evangelísticas das igrejas da UCB. Responda às questões considerando o que mais se aproxima da sua realidade. Obrigado!

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

P01. Código de identificação: _____

P02. Idade do pastor: _____

P03. Possui pós-graduação? () Não () Sim

P04. Qual? _____

P05. Há quanto tempo você é pastor? _____ **E na igreja atual?** _____

P06. Quantos membros estão cadastrados na igreja? _____

P07. Quantos membros (aproximadamente) estão com seus nomes no livro da igreja, mas por razões diversas não mais frequentam essa igreja? _____

P08. Localização das igrejas do distrito onde atua:

() Urbana (centro e arredores)

() Suburbana (periferia)

() Rural

P09. Quantas igrejas estão sob sua liderança? _____

P10. Qual é a idade dessa igreja? _____ anos

P11. Qual foi o tempo de permanência dos três últimos pastores nessa igreja? (Caso não saiba, ligar para o ancião da igreja).

1. O último _____
2. O penúltimo _____
3. O antepenúltimo _____

P12. Escolha o estilo de culto¹ predominante segundo as descrições abaixo que melhor representa a prática desta igreja:

- A. Sábado de manhã ()
- B. Domingo à noite ()
- C. Quarta-feira ()
- D. Outro serviço de culto (). Qual? _____

() Litúrgico

Formal, solene, majestoso. Música: órgão e/ou piano, hinos tradicionais, hinos clássicos. Objetivo: “Levar a igreja a dar reconhecimento corporativo à glória transcendente de Deus”. Favorece a reverência pela relevância. Ele vai contra a obsessão cultural com o entretenimento contemporâneo. Modelo bíblico: Isaías 6.

() Tradicional

Ordenado, majestoso, contemplativo. Música: órgão e/ou piano, hinos tradicionais e gospel, hinos tradicionais e contemporâneos. Objetivo: “Conduzir a congregação a louvar e agradecer a Deus pela Sua bondade e a ouvi-Lo falar através de Sua Palavra.” Destinado a pessoas de uma cultura religiosa, sendo o formato de culto adventista do sétimo dia mais frequente. Modelo bíblico: Colossenses 3:16-17.

() Contemporâneo

Expressivo, comemorativo, contemporâneo, informal. Música: teclado, piano e música gravada, coros de louvor e canções cristãs contemporâneas. Propósito: “Oferecer um sacrifício de louvor ao Senhor em um espírito de adoração alegre”. Este é o culto contemporâneo para os crentes, mas atrai alguns não-cristãos e pessoas “sem igreja”. Modelo bíblico: Salmo 150.

() Reavivalista

Exuberante, festivo, informal. Música: piano e música gravada, hinos evangélicos, músicas e hinos cristãos contemporâneos. Objetivo: “Salvar os perdidos e encorajar os crentes a testemunhar”. Mais evangelismo do que culto contemplativo.

¹ CARVALHO, R. A. et al. A igreja cristã denominada contemporânea e suas implicações. *Contemporânea*, v. 3, n. 10, p. 18968–18987, 2023. <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/1998/1401>.

() Misturado

Combinações de elementos tanto do estilo tradicional quanto do contemporâneo.

() Outro estilo (s) _____

OUTROS MATERIAIS DE CONSULTA:

SILVA, P. P. Teologia do culto e sua contextualização na contemporaneidade: uma proposta evangélica do culto na sociedade. Trabalho de Conclusão de Curso publicado pela Faculdade Unida de Vitória, 2022. Disponível em: <http://bdt.d.fuv.edu.br:8080/jspui/handle/prefix/563> . Acesso em: 28 fev 2025.

P13. A seguir temos quatro diferentes orientações para a missão da igreja. A maioria das congregações possui uma mistura das quatro, mas tipicamente uma delas é dominante. As duas primeiras orientações possuem um foco “no mundo presente”; as duas últimas têm um foco “no mundo porvir”. Classifique as quatro orientações na ordem das mais dominantes para as menos dominantes em sua congregação, de 1 a 4 (sendo 1 mais dominante e 4 menos dominante).

_____ *Ativista – Considera que este mundo é a arena da atividade redentora de Deus e, portanto, a arena em que Deus chama a congregação para falar sobre questões e engajar-se na ação corporativa, trabalhando para a mudança social e transformação para uma sociedade mais justa e amorosa.*

_____ *Comunitária – Considera que este mundo é a arena em que Deus chama os cristãos para agir e assumir a responsabilidade pela vida pública. Esta congregação usa o serviço à comunidade para alcançar as pessoas para Cristo. É importante ser um exemplo de semelhança com Cristo à comunidade mostrando o amor de Deus em ação/serviço.*

_____ *Evangelística – Pressupõe que a congregação se concentra em um programa formal de conquista de almas e convida os não-batizados a participar do culto. Os membros são encorajados a testemunhar sua fé, compartilhando a mensagem de salvação com aqueles que estão fora da comunhão e levando-os a fazer parte da igreja.*

_____ *Companheirismo – Esta orientação encoraja a visão de que a igreja existe como um santuário para os membros do mundo secular. Nutrir e apoiar são o foco principal para a programação da igreja. A tarefa é resistir à tentação dos prazeres e estilos de vida contemporâneos. Essas pessoas acreditam que sua mais profunda lealdade pertence a Deus. Sua motivação para testemunhar é fornecer uma solução para o pecado e a corrupção.*

P14. Alguma igreja foi “plantada” (instituída) nos últimos 5 anos a partir dessa igreja?

1. Sim () 2. Não () Em implantação ()

P15. Marque com um (x) qual estilo de liderança você usa com mais frequência, segundo a classificação abaixo?

- () Liderança autocrática (liderança concentrada em uma única pessoa)
- () Liderança democrática (as pessoas também têm voz no processo de decisão)
- () Liderança laissez-faire (liderança liberal, permissiva)
- () Liderança participativa (todos expressam sua opinião e têm um mesmo objetivo)
- () Liderança por consultoria (consultam líderes chave antes de tomar decisões)
- () Outra: _____

FONTES INTERNAS E EXTERNAS DE BATISMO

P16 – Fatores influenciadores na incorporação de novos membros:

Considerando os novos membros incorporados à sua igreja no último ano, enumere de 1 a 6 (na segunda coluna) o que influenciou na decisão deles (1 = mais influente e 6 = menos influente):

- _____ Amigos ou parentes
- _____ Evangelismo público
- _____ Novo Tempo
- _____ Impacto Esperança
- _____ Feiras de Saúde
- _____ Outro: _____

P17. Fatores que influenciaram para diminuir a taxa de crescimento da sua igreja

Quais fatores influenciaram para diminuir a taxa de crescimento da sua igreja? Enumere de 1 a 6 (na segunda coluna) o que mais influenciou (1 = mais influente e 6 = menos influente):

- _____ Falta de investimento na missão
- _____ Igreja centrada em departamentos e não em alcançar pessoas
- _____ Falta de prioridade
- _____ Igreja com estratégia centrípeta (igreja voltada para ações internas)
- _____ Falta de ações evangelizadoras
- _____ Outros (especificar): _____

P18. Anote ao lado de cada um dos ministérios diversificados o número correspondente que melhor indica as razões para se ter um crescimento sustentável da membresia da igreja:

1 = Não é um fator

2 = Pode ser um fator

3 = Fator razoável

4 = Fator contribuinte

5 = Fator principal

_____ Pregação

_____ Atividades de reavivamento/renovação

_____ Programa da Escola Sabatina

_____ Ministério dos ônibus

_____ Recebe membros por transferência de outras Igrejas

_____ Ministério da música

_____ Evangelismo público (séries de colheitas)

_____ Evangelismo pessoal (estudos bíblicos)

_____ Evangelismo infantil (como a escola cristã de férias)

_____ Atividades do clube de desbravadores

_____ Escola adventista

_____ Proximidade de instituições eclesiásticas da igreja (universidade, hospital etc.)

_____ Programas com oradores de alta visibilidade, músicos, grandes eventos etc.

_____ Equipe de obreiros bíblicos experientes

_____ Ministério étnico

_____ Ministério da mulher

_____ Ministério jovem (Missão Calebe, Um Ano em Missão etc.)

_____ Ministério da ASA (projetos de compaixão, serviços sociais na comunidade)

_____ Programas de treinamento para o evangelismo

_____ Testemunho relacional dos membros (evangelismo da amizade)

_____ Ministério de oração

_____ Ministérios da família

_____ Ministérios de aconselhamento

_____ Ministérios de promoção da saúde (feiras de saúde, cursos de culinária, cursos antitabagismo etc.)

_____ Ministério dos pequenos grupos

_____ Outro: _____

P19. Quantos membros de sua igreja são missionários ativos? _____

P20. Quantos pequenos grupos existem na igreja? _____

P21. Quais desses grupos ou programas existem nesta igreja?

1. () Desbravadores

2. () Aventureiros

3. () Grupos musicais

4. () Classe de discipulado

5. () Grupo de oração

6. () Grupos de jovens

7. () Ministérios especiais (quais?): _____

P22. A igreja tem um orçamento votado (de até 10%) para ser usado em evangelização (ministérios externos)?

1. () Sim 2 () Não Não sabe ()

ANEXO A

QUESTIONÁRIO OITO REMÉDIOS NATURAIS – Q8RN

AValiação DO ESTILO DE VIDA DE ADULTOS

Marque com um X na opção que mais se aproxima da sua prática nos últimos três meses

DOMÍNIOS	ITENS	QUESTÕES	ESCALA DE RESPOSTAS				
1. Nutrição	1	Com que frequência você inclui nas principais refeições do dia alimentos como feijões, cereais integrais, castanhas, frutas, legumes e verduras?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	2	Como você se classifica no que se refere ao tipo de alimento que você consome? Escolha a opção mais adequada a seu caso.	Não vegetariano: consome carne de tipos variados mais de 1 vez por semana	Semi vegetariano: consome carne de tipos variados no máximo 1 vez por semana	Pesco vegetariano: consome carne, frango e outras aves menos de 1 vez por mês e consome peixe mais de 1 vez por mês	Ovolacto vegetariano: consome laticínios e ovos mais que 1 vez por mês e peixes e carnes menos que 1 vez por mês	Vegetariano estrito: consome leite, queijo, ovos, peixe ou carne no máximo 1 vez por mês ou menos
	3	Quantos dos itens de consumo processados ou fritos (salgadinhos, biscoitos, frituras, refrigerantes, doces etc.) você consome uma ou mais vezes por semana?	Quatro a cinco itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
2. Exercício	4	Você pratica atividades de lazer, tais como caminhar, pedalar, jogar bola, esportes radicais ou outros hobbies e atividades prazerosas?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	5	Quantas vezes por semana você pratica exercício físico intenso, que faz suar e aumentar os batimentos cardíacos, como caminhada longa, corrida, bicicleta etc.?	Nunca	Menos de 1 vez por semana	1 a 2 vezes por semana	3 a 4 vezes por semana	5 vezes ou mais por semana
	6	Quantos minutos você gasta “em média” quando faz exercícios intensos até suar?	Nenhum, não faço	5 a 10 minutos	10 a 20 minutos	21 a 30 minutos	30 a 60 minutos

3. Água	7	Quantos copos (250 ml) de água você bebe diariamente?	Nenhum	1 a 3 copos	4 a 6 copos	7 copos	8 ou mais
	8	Você utiliza a água como remédio para tratamentos caseiros quando necessário? Por exemplo, compressas quentes e frias, aplicação de gelo, inalação, escalda pés e banhos em geral.	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
4. Sol	9	Com que frequência você se expõe ao sol pelo menos 15 a 20 minutos por dia?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	10	Em sua casa, as janelas e persianas são abertas diariamente para que entrem sol e luz natural?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
5. Temperança	11	Você ingere bebida alcoólica (cerveja, vinho, licor, aguardente, pinga ou qualquer outra)?	Sim				Não
	12	Você fuma cigarro, charuto, cachimbo ou qualquer outro tipo de tabaco?	Sim				Não
	13	Você fez uso de alguma droga, como maconha, crack, cocaína etc. nos últimos três meses?	Sim				Não
	14	Você ingere bebidas que contêm cafeína (café, chá preto, chá verde, chá mate, chá branco ou refrigerantes)?	Sim				Não
6. Ar puro	15	Considerando os lugares onde passa a maior parte do tempo, como você classifica a qualidade do ar que respira?	Muito ruim	Ruim	Regular	Boa	Muito boa
	16	Você faz respiração profunda ao ar livre ou quando precisa controlar a tensão e a ansiedade?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

7. Descanso	17	Você dorme de 7 a 8 horas por noite e acorda descansado(a) e com boa disposição?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	18	Você costuma dormir cedo (por volta das 22h ou antes desse horário)?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
8. Confiança	19	Você confia em Deus (em um ser superior ou algo sagrado)?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	20	Sua confiança em Deus (ser superior ou algo sagrado) influencia positivamente sua maneira de viver?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	21	Com que frequência você participa de reuniões religiosas ou espirituais?	Raramente ou nunca	Algumas vezes por ano	Duas a três vezes por mês	Uma vez por semana	Mais de 1 vez por semana
	22	Você pratica atividades religiosas ou espirituais em sua vida particular (meditar, rezar ou orar, ler a Bíblia ou livros religiosos, se voluntariar, fazer caridade etc.)?	Raramente ou nunca	Poucas vezes por mês	Duas ou mais vezes por semana	1 vez ao dia	Mais de 1 vez ao dia

*Classificação do padrão alimentar/dietético adaptado com base em Orlich et al. (2014).

Fonte: Abdala G. A., Meira M. D. D., Rodrigo G. T., Wataya R. S., Tertuliano I. W. Validação do questionário “Oito remédios naturais” -Q8RN – Versão adulto. *Lifestyle Journal*, 2018;5(2):109-34.

ESCORE TOTAL

O escore total do “Q8RN” é o somatório dos pontos atribuídos a cada item, ou seja, cada questão pontua de zero (0) a quatro (4) em ordem crescente, totalizando no máximo 88 pontos se respondidas todas as 22 questões.

Classificação do estilo de vida com base nos “oito remédios naturais”:

00 – 25 – Insuficiente ()

26 – 44 – Regular ()

45 – 58 – Bom ()

59 – 73 – Muito bom ()

74 – 88 – Excelente ()

ESCORE DOS DOMÍNIOS

O questionário é composto, no total, por 22 itens/questões e oito domínios. Os escores para cada domínio serão calculados com base no número de itens. Será utilizada a escala de Likert (0 a 4 pontos em ordem crescente) para calcular o escore de cada item, exceto os itens 11, 12, 13 e 14 do domínio 5 (Temperança) que são dicotômicos (0 ou 4 pontos). O ponto de corte será a média/mediana, baseado no número de questões por domínio, e o parâmetro estará entre os valores mínimos e máximos. Exemplo: no domínio Nutrição existem três questões/itens com amplitude de 0-12, sendo 6 a média/mediana (ponto de corte).

ANEXO B

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36

Função exercida no trabalho: _____

Há quanto tempo exerce essa função? _____

INSTRUÇÕES

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. As informações a serem descritas nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades da vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

EXCELENTE	MUITO BOA	BOA	RUIM	MUITO RUIM
1	2	3	4	5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

MUITO MELHOR	UM POUCO MELHOR	QUASE A MESMA	UM POUCO PIOR	MUITO PIOR
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia exercitar atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazê-las? Neste caso, em quais?

ATIVIDADES	SIM, MUITA DIFICULDADE	SIM, UM POUCO DE DIFICULDADE	NÃO, SEM QUALQUER DIFICULDADE
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados e participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola ou varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3

ATIVIDADES	SIM, MUITA DIFICULDADE	SIM, UM POUCO DE DIFICULDADE	NÃO, SEM QUALQUER DIFICULDADE
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	sim	não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Você realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Você esteve limitado ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Você teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por. exemplo, necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	sim	não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Você realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

DE FORMA NENHUMA	LIGEIRAMENTE	MODERADAMENTE	BASTANTE	EXTREMAMENTE
1	2	3	4	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

NENHUMA	MUITO LEVE	LEVE	MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

DE MANEIRA ALGUMA	UM POUCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	EXTREMAMENTE
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque a resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente em relação às últimas 4 semanas.

	TODO TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	UMA BOA PARTE DO TEMPO	ALGUMA PARTE DO TEMPO	UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	NUNCA
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, vontade ou força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido nervoso?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6

	TODO TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	UMA BOA PARTE DO TEMPO	ALGUMA PARTE DO TEMPO	UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	NUNCA
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc)?

TODO TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	ALGUMA PARTE DO TEMPO	UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	NENHUMA PARTE DO TEMPO
1	2	3	4	5

11. O quão verdadeiras ou falsas são as afirmações abaixo para você?

	TOTALMENTE VERDADEIRO	NA MAIORIA DAS VEZES VERDADEIRO	NÃO SEI	NA MAIORIA DAS VEZES FALSO	TOTALMENTE FALSO
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ESCORES

• Capacidade funcional: ____/100

• Limitação por aspectos físicos: ____/100

• Dor: ____/100

• Estado geral da saúde: ____/100

• Vitalidade: ____/100

• Aspectos sociais: ____/100

• Limitação por aspectos emocionais: ____/100

• Saúde mental: ____/100

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

FASE 1: PONDERAÇÃO DOS DADOS

QUESTÃO	PONTUAÇÃO	
1	Se a resposta for <ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 	Pontuação <ul style="list-style-type: none"> • 5,0 • 4,4 • 3,4 • 2,0 • 1,0
2	Manter o mesmo valor	
3	Soma de todos os valores	
4	Soma de todos os valores	
5	Soma de todos os valores	
6	Se a resposta for <ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 	Pontuação <ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 3 • 2 • 1
7	Se a resposta for <ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 	Pontuação <ul style="list-style-type: none"> • 6,0 • 5,4 • 4,2 • 3,1 • 2,0 • 1,0

8	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6) • Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) • Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) • Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) • Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) • Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) <p>Se a questão 7 não for respondida, o score da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a resposta for (1), a pontuação será (6) • Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) • Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) • Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) • Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)
9	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e h deverá seguir a seguinte orientação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a resposta for 1, o valor será (6) • Se a resposta for 2, o valor será (5) • Se a resposta for 3, o valor será (4) • Se a resposta for 4, o valor será (3) • Se a resposta for 5, o valor será (2) • Se a resposta for 6, o valor será (1) <p>Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a resposta for 1, o valor será (5) • Se a resposta for 2, o valor será (4) • Se a resposta for 3, o valor será (3) • Se a resposta for 4, o valor será (2) • Se a resposta for 5, o valor será (1)

FASE 2: CÁLCULO DO RAW SCALE

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de *raw scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- ◆ Capacidade funcional
- ◆ Limitação por aspectos físicos
- ◆ Dor

- ◆ Estado geral de saúde
- ◆ Vitalidade
- ◆ Aspectos sociais
- ◆ Aspectos emocionais
- ◆ Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Varição (score range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*score range*) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

DOMÍNIO	PONTUAÇÃO DAS QUESTÕES CORRESPONDIDAS	LIMITE INFERIOR	VARIÇÃO
Capacidade funcional	3	10	20
Limitação por aspectos físicos	4	4	4
Dor	7 + 8	2	10
Estado geral de saúde	1 + 11	5	20
Vitalidade	9 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	6 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	5	3	3
Saúde mental	9 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

- A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.
- Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Exemplos de cálculos:

CAPACIDADE FUNCIONAL (VER TABELA)

- ◆ Verificar a pontuação obtida na questão 3; por exemplo: 21
- ◆ Aplicar fórmula:

$$\frac{21 - 10}{20 \times 100} = 55$$

- ◆ O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

PONTUAÇÃO: 55/100

DOR (VER TABELA)

- ◆ Verificar a pontuação obtida nas questões 7 e 8; por exemplo: 5,4 e 4; portanto, somando-se as duas, teremos: 9,4
- ◆ Aplicar fórmula:

$$\frac{9,4 - 2}{10 \times 100} = 74$$

- ◆ O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

PONTUAÇÃO: 74/100

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média (PONTUAÇÃO: ___/100).

ANEXO C

QUESTIONÁRIO OITO REMÉDIOS NATURAIS – Q8RN

AValiação DO ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES (12 A 19 ANOS)

Marque com um X na opção que mais se aproxima da sua prática nos últimos três meses

DOMÍNIOS	ITENS	QUESTÕES	ESCALA DE RESPOSTAS				
1. Nutrição	1	Com que frequência você inclui nas principais refeições do dia alimentos como feijões, cereais integrais, castanhas, frutas, legumes e verduras?	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	2	Quantos dos itens de consumo processados ou fritos (salgadinhos, biscoitos, frituras, refrigerantes, doces etc.) você consome uma ou mais vezes por semana?	Quatro a cinco itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
2. Exercício	3	Você pratica atividades de lazer, tais como caminhar, pedalar, jogar bola, esportes radicais ou outros hobbies e atividades prazerosas?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	4	Quantas vezes por semana você pratica exercício físico intenso, que faz suar e aumentar os batimentos cardíacos, como caminhada longa, corrida, bicicleta etc.?	Nunca	Menos de 1 vez por semana	1 a 2 vezes por semana	3 a 4 vezes por semana	5 vezes ou mais por semana
	5	Quantos minutos você gasta “em média” quando faz exercícios intensos até suar?	Nenhum, não faço	5 a 10 minutos	10 a 20 minutos	21 a 30 minutos	30 a 60 minutos
3. Água	6	Quantos copos (250 ml) de água você bebe diariamente?	Nenhum	1 a 3 copos	4 a 6 copos	7 copos	8 ou mais
	7	Você utiliza a água como remédio para tratamentos caseiros quando necessário? Por exemplo, compressas quentes e frias, aplicação de gelo, inalação, escalda pés e banhos em geral.	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

4. Sol	8	Com que frequência você se expõe ao sol pelo menos 15 a 20 minutos por dia?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	9	Em sua casa, as janelas e persianas são abertas diariamente para que entrem sol e luz natural?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
5. Temperança	10	Você ingere bebida alcoólica (cerveja, vinho, licor, aguardente, pinga ou qualquer outra)?	Sim				Não
	11	Você fez uso de alguma droga, como maconha, crack, cocaína etc. nos últimos três meses?	Sim				Não
6. Ar puro	12	Considerando os lugares onde passa a maior parte do tempo, como você classifica a qualidade do ar que respira?	Muito ruim	Ruim	Regular	Boa	Muito boa
	13	Você faz respiração profunda ao ar livre ou quando precisa controlar a tensão e a ansiedade?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
7. Descanso	14	Você dorme de 7 a 8 horas por noite e acorda descansado(a) e com boa disposição?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	15	Você costuma dormir cedo (por volta das 22h ou antes desse horário)?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

8. Confiança	16	Você confia em Deus (em um ser superior ou algo sagrado)?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	17	Sua confiança em Deus (ser superior ou algo sagrado) influencia positivamente sua maneira de viver?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	18	Com que frequência você participa de reuniões religiosas ou espirituais?	Raramente ou nunca	Algumas vezes por ano	Duas a três vezes por mês	Uma vez por semana	Mais de uma vez por semana
	19	Você pratica atividades religiosas ou espirituais em sua vida particular (meditar, rezar ou orar, ler a Bíblia ou livros religiosos, se voluntariar, fazer caridade etc.)?	Raramente ou nunca	Poucas vezes por mês	Duas ou mais vezes por semana	Uma vez ao dia	Mais de uma vez ao dia

ESCORE TOTAL

O escore total do “Q8RN” é o somatório dos pontos atribuídos a cada item, ou seja, cada questão pontua de zero (0) a quatro (4) em ordem crescente, totalizando no máximo 76 pontos se respondidas todas as 19 questões. Para a classificação do Estilo de Vida com base nos “Oito Remédios Naturais”, devem ser considerados os seguintes parâmetros:

Classificação do estilo de vida com base nos “oito remédios naturais”:

- 00 – 22 – Insuficiente ()
- 23 – 39 – Regular ()
- 40 – 51 – Bom ()
- 52 – 63 – Muito bom ()
- 64 – 76 – Excelente ()

ESCORE DOS DOMÍNIOS

O questionário é composto, no total, por 19 itens/questões e oito domínios. Os escores para cada domínio serão calculados com base no número de itens. Será utilizada a escala de Likert (0 a 4 pontos em ordem crescente) para calcular o escore de cada item, exceto os itens 10 e 11 do domínio 5 (Temperança), que são dicotômicos (0 ou 4 pontos). O ponto de corte será a média/mediana, baseado no número de questões por domínio, e o parâmetro estará entre os valores mínimos e máximos. Exemplo: no domínio Nutrição existem duas questões/itens com amplitude de 0-8, sendo 4 a média/mediana (ponto de corte).

SOBRE OS AUTORES E ORGANIZADORES

GINA ANDRADE ABDALA

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pós-graduada em Metodologia do Ensino Superior do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia (Unasp). Professora do Mestrado Acadêmico em Teologia e do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde (Unasp).

MARIA DYRCE DIAS MEIRA

Doutora em Ciências (USP). Mestre em Enfermagem (USP), Graduada em Enfermagem e Obstetrícia (Unasp), Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Católico Ítalo Brasileiro.

JACQUELINE GUIMARÃES NUNES

Mestranda em Promoção da Saúde (Unasp), Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Sá. Atua como Fisioterapeuta no Centro de Vida e Saúde (Cevisa), em Engenheiro Coelho.

MÁRCIA CAPIOTO BONZANINI

Mestre em Promoção da Saúde (Unasp). Graduada em Letras pela Faculdade de Filosofia e Letras Tupã. Empresária na área do estilo de vida.

KEIDSON RODRIGUES BRITO

Mestre em Promoção da Saúde (Unasp). Graduado em Comunicação Social e Teologia (Unasp). Departamental de Saúde e Temperança, Comunicação e Escola Sabatina da Associação Paulistana da IASD.

MILTON RODRIGUES FILHO

Mestre em Promoção da Saúde (Unasp). Graduado em Teologia (UNASP). Empresário autônomo.

NADMA DE PAULA FORTI

Mestre em Promoção da Saúde (Unasp). MBA em Liderança para Novas Gerações. Especializada em Aconselhamento Familiar. Graduada em Pedagogia (Unasp). Atualmente, está aposentada.

SILVANA MARTINEZ LÓPEZ CAZONATO

Mestre em Promoção da Saúde (Unasp). Pós-graduada em Orientação Familiar e Práticas Sistêmicas; Liderança e Gestão de Pessoas; e Gerontologia. Graduada em Secretariado Executivo Bilíngue e História pelo Centro Universitário Fundação Santo André. Departamental da Ação Solidária Adventista ASA, Ministério da Pessoa Idosa e Ministério Carcerário da Associação Paulistana da IASD.

WANDELI CASSIANO DE SOUZA ARAUJO

Mestre em Promoção da Saúde (Unasp). Graduada em Psicologia (Unasp). Atua como psicóloga clínica.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescentes 8, 26, 80, 82, 83, 87, 95, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 160

Adventistas 7, 8, 9, 42, 53, 54, 59, 62, 66, 67, 68, 78, 84, 88, 90, 91, 93, 97, 117, 122, 125, 126, 138, 159, 160, 172, 175, 182

Água 7, 33, 53, 62, 63, 70, 76, 77, 79, 97, 102, 107, 108, 121, 122, 126, 128, 133, 135, 141, 145, 156, 160, 164, 170, 171, 172, 175, 189, 200

C

Coletivo 14, 16, 17, 42, 45

Comunidade 7, 8, 9, 10, 11, 13, 26, 27, 30, 32, 33, 34, 36, 38, 48, 53, 58, 59, 68, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 91, 92, 93, 97, 102, 105, 117, 123, 124, 125, 132, 133, 144, 160, 161, 184, 186

Crenças 84, 179

D

Democrático 18

Depoimentos 15, 17

Deus 25, 26, 27, 29, 32, 33, 47, 57, 58, 64, 70, 71, 77, 87, 88, 121, 126, 128, 130, 131, 132, 133, 144, 145, 160, 163, 164, 165, 171, 178, 183, 184, 190, 202

Discurso 9, 12, 13, 16, 33

E

Ellen G. White 53, 62, 97, 114, 142

Entidades 15, 56

Entrevista 15, 16, 25, 46, 77, 181

Envelhecimento 8, 97, 122, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179

Espiritualidade 9, 10, 11, 27, 31, 32, 34, 38, 62, 97, 116, 122, 123, 133, 144, 165, 178

Estilo de vida 7, 8, 10, 11, 12, 21, 32, 33, 34, 36, 52, 53, 54, 61, 62, 64, 66, 67, 68, 70, 75, 76, 77, 78, 79, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 112, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 123, 126, 127, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 163, 168, 171, 172, 173, 176, 177, 190, 202, 203

Evangélicos 7, 11, 165, 172, 183

F

Fé 9

I

Idosos 8, 61, 64, 73, 80, 86, 87, 92, 97, 98, 109, 117, 123, 132, 136, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178

Instituições 9, 13, 35, 56, 59, 61, 91, 143, 186

L

Liderança 1, 2, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 52, 54, 55, 56, 57, 64, 66, 67, 68, 69, 76, 77, 79, 80, 81, 83, 84, 181, 182, 185

M

Meios sociais 15

Ministério 14, 16, 22, 24, 25, 34, 59, 78, 79, 92

N

Naturais 7, 8, 32, 35, 52, 54, 62, 66, 71, 78, 79, 86, 87, 94, 95, 115, 121, 123, 126, 128, 131, 135, 139, 140, 143, 160, 164, 172, 178, 188, 200

O

Oito 7, 8, 32, 35, 52, 54, 62, 66, 77, 78, 79, 86, 87, 94, 95, 115, 121, 123, 126, 131, 139, 140, 143, 160, 172, 188, 190, 200

P

Pastores 7, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 21, 22, 25, 26, 37, 38, 42, 54, 57, 67, 76, 78, 79, 80, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 182, 183

Protestantes 9, 12, 25, 76, 80

R

Religião 9, 16, 19, 34, 58, 68, 75, 76, 78, 100, 112, 132, 144

Remédios 7, 8, 32, 35, 52, 54, 62, 66, 71, 77, 78, 79, 86, 87, 94, 95, 115, 121, 123, 126, 128, 131, 135, 139, 140, 143, 160, 164, 172, 178, 188, 200

Repouso 53, 62, 63, 64, 77, 97, 121, 122, 134, 135, 158

Representações 14, 16, 45, 47

S

Saúde 1, 2, 4, 7, 8, 11, 12, 22, 24, 35, 41, 45, 46, 54, 60, 61, 64, 65, 66, 67, 71, 72, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 129, 130, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 147, 148, 149, 151, 152, 154, 155, 158, 161, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 185, 203, 204

Sociais 14, 16, 43, 45, 47, 48, 50, 105, 107, 112, 129, 130

Sujeito 14, 16, 17, 42, 45

T

Teoria 14, 16, 17, 18, 45

V

Valores 9, 10, 27, 56, 66, 95, 102, 103, 122, 126, 127, 144, 149, 160, 168, 179, 191, 202