

# Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes

Jorge Bezerra,<sup>1</sup> Mauro Virgílio Gomes Barros,<sup>1</sup>  
Maria Cecília Marinho Tenório,<sup>1</sup> Rafael Miranda Tassitano,<sup>1</sup>  
Simone Storino Honda Barros<sup>1</sup> e Pedro C. Hallal<sup>2</sup>

## Como citar

Bezerra J, Barros MVG, Tenório MCM, Tassitano RM, Barros SSH, Hallal PC. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(5):440-6.

## RESUMO

**Objetivo.** Analisar a associação entre religiosidade e exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo em adolescentes.

**Métodos.** A amostra compreendeu 4 210 estudantes do ensino médio da rede pública no Estado de Pernambuco, selecionados através de amostragem por conglomerados em dois estágios. As informações foram coletadas a partir do questionário Global school-based student health survey (GSHS). Foram considerados expostos às bebidas alcoólicas e ao tabagismo os adolescentes que relataram consumo em pelo menos 1 dos últimos 30 dias, independentemente da intensidade da exposição. As variáveis relacionadas à religiosidade foram afiliação a uma religião e ser praticante de alguma religião.

**Resultados.** A prevalência de exposição ao consumo de bebidas alcoólicas foi de 30,3% (IC95%: 28,9 a 31,7), significativamente superior entre os rapazes (38,6%) em comparação às moças (24,8%). A prevalência de exposição ao tabagismo foi de 7,8% (IC95%: 7,0 a 8,7), maior entre os rapazes (9,8%) do que entre as moças (6,2%). As análises brutas evidenciaram que, independentemente do sexo, a exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo foi inversamente associada tanto à afiliação quanto à prática religiosa. O ajustamento das análises por meio de regressão logística permitiu observar que, independentemente da afiliação, o adolescente que se considerava praticante de uma religião teve menor chance de relatar exposição ao consumo de bebidas alcoólicas (razão de chances, OR = 0,71; IC95%: 0,60 a 0,83) e ao tabagismo (OR = 0,61; IC95%: 0,46 a 0,79).

**Conclusões.** Os resultados do presente estudo sugerem que a religiosidade pode atuar como modulador da exposição ao consumo de álcool e ao tabagismo na adolescência. Futuros estudos deverão analisar como o efeito protetor da religiosidade pode ser potencializado em intervenções e campanhas de saúde.

## Palavras-chave

Religião; tabagismo; bebidas alcoólicas; conduta de saúde; adolescente; Brasil.

O consumo de álcool e tabaco é um comportamento de risco à saúde que se

inicia, geralmente, em idades precoces e se estende por toda a vida, afetando o desenvolvimento e o ajustamento físico, mental e social (1). Estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) indicam que os jovens brasileiros têm experimentado e se tornado consumidores regulares de álcool em idades cada vez mais precoces (2). No último levantamento realizado pelo CEBRID, obser-

vou-se que 41,5% dos estudantes na faixa etária de 10 a 12 anos relataram ter consumido álcool pelo menos uma vez na vida (3).

Por sua vez, o fumo entre adolescentes, cuja prevalência relatada em estudos nacionais varia de 5,1% em São Paulo (4) a 9,6% em Salvador (5), tem sido associado a um maior número de faltas à escola (6), à utilização mais frequente de serviços médico-hospitalares (7) e a uma per-

<sup>1</sup> Universidade de Pernambuco, Escola Superior de Educação Física, Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Recife (PE), Brasil. Enviar correspondência a Mauro Virgílio Gomes Barros no seguinte endereço: Rua Arnobio Marques 310, Campus HUOC/ESEF, Santo Amaro, CEP 50100-130, Recife, PE, Brasil. Fone: +55-81-3183.3375; e-mail: mauro.barros@pq.cnpq.br

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas (RS), Brasil.

cepção negativa de saúde (8). Além disso, a prevalência de outros comportamentos de risco à saúde é maior entre adolescentes fumantes, por exemplo o baixo nível de atividades físicas (9) e uma dieta pobre em frutas e verduras (10).

As evidências apresentadas na literatura sugerem que a religiosidade e a espiritualidade são fatores associados à saúde e ao bem-estar em adolescentes (11, 12). Muitas investigações procuraram analisar a interrelação entre religiosidade ou espiritualidade e saúde mental (13) ou outros eventos relacionados à saúde, tais como dor crônica (14). Estudos nacionais têm explorado essa interrelação, demonstrando que a “educação religiosa na infância” está associada a menor exposição ao uso de drogas em adolescentes (15, 16). Outra abordagem tem procurado comparar as crenças e as práticas religiosas entre sujeitos de baixa renda classificados como usuários e não-usuários de drogas, tendo sido observado que a religião pode ser um importante modulador da exposição ao consumo de drogas nesse grupo populacional (17).

Uma revisão sistemática examinou as evidências sobre a interrelação entre religiosidade/espiritualidade e condutas de saúde em adolescentes (18). Os autores localizaram 18 publicações que analisaram a associação com consumo de álcool e apenas oito com tabagismo. A maioria dos estudos forneceu evidência de que a religiosidade e a espiritualidade exercem uma influência positiva sobre as condutas de saúde na adolescência. Entretanto, há escassez de estudos de base populacional e, até onde se tem conhecimento, nenhum foi realizado com sujeitos da Região Nordeste do Brasil.

O objetivo do presente estudo foi analisar a associação entre religiosidade e exposição ao consumo de álcool e ao tabagismo em adolescentes do Estado de Pernambuco, Brasil.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi conduzido como parte do projeto denominado “Estilos de Vida e Comportamento de Risco à Saúde do Estudante do Ensino Médio de Pernambuco: do Diagnóstico à Intervenção”, que está sendo desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde da Escola Superior de Educação Física da Universidade de Pernambuco. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa com seres humanos do Hospital Agamenon Magalhães, na Cidade do Recife, Pernambuco.

A população alvo foi limitada aos estudantes da rede pública estadual de ensino médio. Considerando-se todas as dependências administrativas (federal, estadual, municipal e privada), os sujeitos matriculados na rede pública estadual representam cerca de 80% do total de estudantes do ensino médio em Pernambuco. O dimensionamento da amostra foi efetuado de forma a atender os diversos objetivos do projeto, que incluíam a avaliação da exposição a 10 fatores comportamentais de risco à saúde, dentre os quais o consumo de álcool e o tabagismo.

Para o cálculo do tamanho da amostra foram utilizados os seguintes critérios: população estimada em 353 000 sujeitos, intervalo de confiança de 95% (IC95%), erro amostral de 3 pontos percentuais, prevalência estimada em 50% e efeito de delineamento amostral estabelecido em quatro vezes o tamanho mínimo da amostra. Isso representou uma amostra mínima de 4 217 sujeitos.

Procurou-se garantir que a amostra selecionada representasse a população alvo quanto à distribuição em escolas de pequeno (menos de 200 alunos), médio (200 a 499 alunos) e grande porte (500 alunos ou mais), e ainda quanto à distribuição em turnos de estudo (diurno e noturno). Os alunos matriculados no período da manhã e da tarde foram agrupados numa única categoria (estudantes do período diurno). A distribuição regional levou em conta o número de escolas existentes em cada uma das 17 gerências regionais de ensino (GEREs).

Para a seleção da amostra, recorreu-se a um procedimento de amostragem aleatório estratificado em dois estágios, sendo que a “escola” e a “turma” representaram, respectivamente, as unidades amostrais no primeiro e no segundo estágio. Todas as escolas da rede pública estadual em Pernambuco foram consideradas elegíveis para inclusão no estudo. No primeiro estágio, adotou-se como critério de estratificação para realização do sorteio a distribuição das escolas de pequeno, médio e grande porte em cada microrregião do estado (GEREs). No segundo estágio, considerou-se a densidade de turmas nas escolas sorteadas por período (diurno e noturno) como critério para sorteio das turmas nas quais os questionários seriam aplicados. Todos os estudantes das turmas sorteadas

foram convidados a participar do estudo. Os sorteios foram realizados mediante geração de número aleatórios através do programa Epi Info (versão 6).

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a outubro de 2006. A aplicação do questionário foi efetuada por seis mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco que participaram de uma capacitação prévia para padronização dos procedimentos de coleta de dados. A aplicação dos questionários foi efetuada em sala de aula, sem a presença dos professores, para todos os alunos presentes, independentemente de idade, sendo a participação voluntária. Além disso, os questionários não continham qualquer tipo de identificação pessoal (nome, matrícula). Os alunos foram continuamente assistidos pelos aplicadores (sempre dois por turma), que esclareceram e auxiliaram no preenchimento das informações.

Um termo de consentimento passivo foi usado para obter dos pais de estudantes com idade inferior a 18 anos permissão para que os mesmos participassem do estudo. O termo continha indicação clara do objetivo do estudo e solicitava que os pais comunicassem a escola caso não concordassem com a participação dos filhos. Estudantes com 18 anos de idade ou mais assinavam o próprio termo, indicando a sua concordância em participar do estudo. A participação de todos os sujeitos foi voluntária e todos foram informados de que poderiam desistir em qualquer etapa da fase de coleta de dados.

O questionário utilizado foi uma versão traduzida e previamente testada do *Global School-Based Student Health Survey*, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (19). Os indicadores de reprodutibilidade (consistência de medidas teste-reteste) foram de moderados a altos na maioria dos itens do instrumento, sendo que os coeficientes de concordância (índice kappa) variaram de 0,52 a 1,00.

As variáveis dependentes do estudo foram a exposição ao consumo de álcool e de tabaco. Foram considerados expostos ao consumo de álcool todos os estudantes que relataram ter utilizado qualquer tipo de bebida alcoólica em pelo menos 1 dos últimos 30 dias. Da mesma forma, foram considerados expostos ao consumo de tabaco todos os sujeitos que relataram ter fumado cigarro em pelo menos 1 dos últimos 30 dias, independentemente da in-

tensidade de exposição (frequência e quantidade de cigarros consumidos).

A afiliação religiosa e a prática religiosa (praticante/não praticante) foram as variáveis independentes. Os potenciais fatores de confusão considerados nas análises multivariadas foram sexo (masculino/feminino), turno das aulas (diurno/noturno), série escolar, idade, cor da pele (branco/não branco), morar com os pais e escolaridade materna ( $\leq 8$  anos/ $> 8$  anos).

O procedimento de tabulação final dos dados foi efetuado através do programa EpiData, recorrendo-se à entrada dupla e, posteriormente, à comparação dos arquivos de dados gerados a fim de detectar e corrigir erros. Procedimentos eletrônicos de controle de entrada de dados também foram adotados, mediante utilização de critérios para os valores que poderiam ser digitados em cada campo.

A análise foi realizada utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows (versão 11). A análise descritiva enfocou a distribuição de frequências, enquanto a análise inferencial constou da aplicação do teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e  $\chi^2$  para tendência. Na análise multivariada, utilizou-se regressão logística binária separadamente para cada desfecho em estudo (exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabaco).

As variáveis com valor *P* inferior a 0,20 nas análises brutas foram mantidas no modelo hierárquico. A abordagem hierárquica considerou três níveis: a) distal, no qual foram incluídas as variáveis demográficas (sexo, idade e cor da pele); b) intermediário, no qual foram incluídos os fatores socioeconômicos e relacionados à escola (turno, série escolar, morar com os pais e escolaridade materna); e, c) proximal, no qual foram incluídos os fatores que expressam a religiosidade dos sujeitos. No modelo final de regressão foram considerados significativamente associados somente os fatores para os quais *P* foi inferior a 0,05.

## RESULTADOS

Foram visitadas 76 escolas (11% do total de escolas estaduais do estado) em 44 municípios, o que representou 23% do total de municípios pernambucanos. Foram entrevistados 6 031 estudantes, sendo que outros 83 se recusaram a participar (1,3% de recusas).

Após a exclusão dos respondentes com idade superior a 20 anos, a amostra

final ficou com 4 210 adolescentes (14 a 19 anos), sendo 59,8% do sexo feminino. A amostra final representou 99,8% do inicialmente previsto. Com o tamanho de amostra alcançado, foi possível analisar a associação entre religiosidade e os dois desfechos, com possibilidade de detectar como significativas razões de chance (*odds ratio*, OR) de 0,75 ou inferiores, utilizando-se um nível de confiança de 95% (IC95%) e poder de 80%.

A tabela 1 apresenta uma caracterização da amostra segundo fatores demográficos, socioeconômicos e de religiosidade. Dos respondentes, 30,3% (IC95%: 28,9 a 31,7) relataram exposição ao consumo de bebidas alcoólicas, sendo que essa proporção foi significativamente maior entre os rapazes (38,6%) em comparação às moças (24,8%). A distribuição dos sujeitos expostos ao consumo de bebidas alcoólicas segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de religiosidade está apresentada na tabela 2.

Em relação à exposição ao tabagismo, observou-se uma prevalência de 7,8%

(IC95%: 7,0 a 8,7), significativamente maior entre os rapazes (9,8%) do que entre as moças (6,2%). A distribuição dos sujeitos expostos ao tabagismo, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e religiosas está apresentada na tabela 3.

Independentemente do sexo, verificou-se uma tendência de aumento nas prevalências de exposição ao consumo de álcool com o aumento da idade (tabela 2). Em relação à exposição ao tabaco, a tendência de aumento na prevalência de obesidade com aumento da idade foi observada somente entre os rapazes (tabela 3).

As análises brutas evidenciaram que, independentemente do sexo, a exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo foi inversamente associada à afiliação e à prática religiosa (tabelas 2 e 3). As análises de regressão logística permitiram observar que, mesmo após ajuste para fatores demográficos e socioeconômicos, a exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo em adolescentes esteve significativamente

**TABELA 1. Características demográficas, socioeconômicas e religiosas dos adolescentes avaliados quanto à exposição ao consumo de álcool e ao tabagismo conforme o sexo, Estado de Pernambuco, Brasil, 2006**

Variável	Rapazes		Moças		Todos	
	%	No.	%	No.	%	No.
Turno						
Diurno	53,9	910	60,1	1 510	57,6	2 420
Noturno	46,1	778	39,9	1 003	42,4	1 781
Série do ensino médio						
1ª	46,2	779	43,8	1 101	44,8	1 880
2ª	30,9	522	32,6	818	31,9	1 340
3ª	22,9	386	23,6	593	23,3	979
Idade (anos)						
14	3,1	52	5,5	137	4,5	189
15	12,0	203	17,6	443	15,4	646
16	20,4	344	23,4	587	22,2	931
17	29,4	497	24,3	611	26,4	1 108
18	21,7	366	18,3	460	19,7	826
19	13,4	226	10,9	275	11,9	501
Cor da pele						
Branco	24,8	417	25,5	639	25,2	1 056
Não branco	75,2	1 236	74,5	1 868	74,8	2 131
Morar com os pais						
Sim	68,1	1 131	60,6	1 512	63,6	2 643
Não	31,9	529	39,4	981	36,4	1 510
Escolaridade materna						
$\leq 8$ anos	58,1	910	65,4	1 555	62,5	2 465
$> 8$ anos	41,9	656	34,6	824	37,5	1 480
Afiliação religiosa						
Não tem	19,3	325	11,2	281	14,5	606
Católica	55,1	926	61,6	1 543	59,0	2 469
Evangélica	21,4	359	24,0	600	22,9	959
Espírita	1,8	30	1,4	36	1,6	66
Outra	2,4	40	1,8	44	2,0	84
Prática religiosa						
Praticante	57,2	966	70,5	1 772	65,2	2 738
Não praticante	41,9	708	28,7	721	34,0	1 429

**TABELA 2. Frequência de adolescentes expostos ao consumo de álcool conforme o sexo, Estado de Pernambuco, Brasil, 2006**

Variável	Rapazes		Moças		Todos	
	%	n	%	n	%	n
Turno						
Diurno	34,9	316	22,9	345	27,4	661
Noturno	43,0	332	27,5	275	34,3	610
	(P = 0,00)		(P = 0,00)		(P = 0,00)	
Série do ensino médio						
1ª	38,2	296	23,0	253	29,3	550
2ª	39,2	204	25,8	211	31,1	417
3ª	38,4	148	26,6	158	31,2	306
	(P = 0,92)		(P = 0,19)		(P = 0,44)	
Idade (anos)						
14	15,7	8	14,9	20	15,5	29
15	26,1	53	19,6	87	21,7	140
16	34,4	118	24,8	145	28,3	263
17	39,4	194	26,7	163	32,4	358
18	44,6	162	29,0	133	35,8	296
19	50,2	113	26,9	74	37,3	187
	(P = 0,00)		(P = 0,00)		(P = 0,00)	
Cor da pele						
Branca	40,1	166	26,4	169	31,8	335
Não branca	38,2	481	24,3	453	29,9	937
	(P = 0,50)		(P = 0,28)		(P = 0,26)	
Morar com os pais						
Sim	37,8	425	22,2	335	28,8	761
Não	40,0	211	28,9	283	32,8	495
	(P = 0,39)		(P = 0,00)		(P = 0,01)	
Escolaridade materna						
≤ 8 anos	36,9	335	23,6	366	28,5	704
> 8 anos	41,0	268	27,2	224	33,3	492
	(P = 0,10)		(P = 0,05)		(P = 0,00)	
Afiliação religiosa						
Não tem	47,1	152	33,1	93	40,6	245
Católica	42,4	391	29,3	451	34,2	845
Evangélica	17,7	63	8,7	52	12,0	115
Espírita	56,7	17	30,6	11	42,4	28
Outra	52,5	21	27,3	12	39,3	33
	(P = 0,00)		(P = 0,00)		(P = 0,00)	
Prática religiosa						
Praticante	33,6	323	21,5	380	25,8	706
Não praticante	45,6	321	32,9	237	39,1	558
	(P = 0,00)		(P = 0,00)		(P = 0,00)	

associada tanto à afiliação religiosa quanto à prática religiosa (tabela 4).

Mesmo após ajuste para as variáveis de confusão, verificou-se que os adolescentes que relataram ser "evangélicos" apresentaram risco de exposição ao consumo de bebidas alcoólicas 72% inferior em comparação àqueles que declararam não ter religião. Além disso, entre aqueles que relataram ser "praticantes", independentemente da afiliação religiosa, o risco de exposição ao consumo de bebidas alcoólicas foi 29% inferior.

Quando comparados aos adolescentes que referiram não ter religião, observou-se que os católicos (risco aproximadamente 32% inferior) e os evangélicos (risco 67% inferior) apresentaram menor chance de exposição ao tabagismo. Aqueles que se declararam praticantes apresentaram risco 39% inferior de expo-

sição ao tabaco em comparação aos não praticantes, independentemente da denominação religiosa.

## DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta evidências de que fatores relacionados à religiosidade estão significativamente associados à exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo em adolescentes. Tanto a afiliação religiosa quanto a prática religiosa foram fatores que discriminaram significativamente a exposição a essas condutas de risco à saúde. As análises de regressão logística evidenciaram que, independentemente da afiliação religiosa, os adolescentes que se consideravam praticantes tinham menor chance de exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo.

Este estudo foi conduzido com uma amostra relativamente grande, representativa dos estudantes do ensino médio no Estado de Pernambuco. Os dados foram obtidos mediante utilização de um questionário que foi previamente testado e que apresentou um nível moderado a alto de reprodutibilidade. Todavia, é importante interpretar com cautela as estimativas de prevalência relatadas neste estudo, principalmente em relação a um possível viés de informação. Mesmo com garantia de anonimato, ainda é possível que alguns alunos tenham omitido o consumo de álcool e tabaco por autocensura ou erro de memória, dentre outros motivos.

Até onde sabemos, esta é uma das primeiras investigações no Brasil que analisa a associação entre religiosidade e exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo em adolescentes. Muitas investigações sobre fatores associados a condutas de saúde neste subgrupo populacional não incluíram medidas de religiosidade que permitissem esse tipo de análise. Além disso, nos estudos onde essa associação foi investigada, os autores enfocaram o consumo pesado de álcool e de tabaco, e não a exposição ao consumo (20, 21). É importante salientar ainda o fato de o presente estudo ter explorado conjuntamente dois fatores da religiosidade entre os adolescentes (a afiliação e a prática religiosa), quando, na maior parte dos estudos, conforme salientado por Rew e Wong (17), cada um desses fatores é considerado isoladamente.

No presente estudo, verificou-se que cerca de três em cada 10 estudantes referiram ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, além dos 8% que também referiram exposição ao tabaco. Esses indicadores são similares, porém discretamente mais baixos, do que os relatados por Souza e Silveira Filho (22) na Cidade de Cuiabá em 1998. Naquele estudo, a prevalência de uso recente de álcool e tabaco foi de 37,4 e 9,5%, respectivamente. Por outro lado, os achados do presente estudo foram expressivamente mais baixos do que os resultados relatados por Horta et al. (23) a partir de um levantamento realizado na Cidade de Pelotas em 2002, principalmente em relação à exposição ao tabagismo. Horta et al. identificaram prevalências de 16,3 e 43,2%, respectivamente, para exposição ao consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas.

Em comparação aos resultados de levantamentos internacionais, as prevalên-

**TABELA 3. Frequência de adolescentes expostos ao tabagismo conforme o sexo, Estado de Pernambuco, Brasil, 2006**

Variável	Rapazes		Moças		Todos	
	%	n	%	n	%	n
Turno						
Diurno	8,6	78	5,4	81	6,6	159
Noturno	11,1	86	7,4	74	9,0	160
	(P = 0,09)		(P = 0,04)		(P = 0,00)	
Série do ensino médio						
1ª	9,4	73	6,3	69	7,6	142
2ª	10,9	57	7,0	57	8,5	114
3ª	9,1	35	4,9	29	6,6	64
	(P = 0,58)		(P = 0,28)		(P = 0,22)	
Idade (anos)						
14	2,0	1	4,5	6	3,8	7
15	4,4	9	4,5	20	4,5	29
16	7,6	26	5,0	29	5,9	55
17	9,9	49	7,2	44	8,4	93
18	12,6	46	7,7	35	9,8	81
19	15,1	34	7,7	21	11,0	55
	(P = 0,00)		(P = 0,22)		(P = 0,00)	
Cor da pele						
Branca	10,6	44	6,1	39	7,9	83
Não branca	9,6	121	6,2	116	7,6	237
	(P = 0,58)		(P = 0,92)		(P = 0,76)	
Morar com os pais						
Sim	9,5	107	4,3	65	6,5	172
Não	10,2	54	9,0	88	9,4	142
	(P = 0,65)		(P = 0,00)		(P = 0,00)	
Escolaridade materna						
≤ 8 anos	9,0	81	5,8	90	7,0	171
> 8 anos	11,2	73	6,7	55	8,7	128
	(P = 0,15)		(P = 0,40)		(P = 0,05)	
Afiliação religiosa						
Não tem	12,3	41	15,7	44	14,0	85
Católica	8,6	79	5,9	91	6,9	170
Evangélica	5,6	20	2,5	15	3,7	35
Espírita	33,3	10	5,6	2	18,2	12
Outra	35,0	14	4,5	2	19,0	16
	(P = 0,00)		(P = 0,00)		(P = 0,00)	
Prática religiosa						
Praticante	7,5	72	4,3	76	5,4	148
Não praticante	12,7	90	10,7	77	11,7	167
	(P = 0,00)		(P = 0,00)		(P = 0,00)	

cias observadas neste estudo foram similares quanto à exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e mais baixas quanto à exposição ao consumo de tabaco. Kelly et al. (24), analisando dados de 2006 de um estudo realizado na Irlanda, verificaram que a prevalência de exposição ao consumo de álcool e de tabaco em jovens irlandeses foi de 26 e 15%, respectivamente.

Como o método empregado para a coleta de dados e a definição operacional de variáveis foi idêntico nesses estudos anteriormente referenciados, as diferenças observadas podem ser decorrentes da distância temporal e geográfica entre os levantamentos. Porém, também é possível supor que a precisão e a representatividade dos estudos possa ser uma explicação plausível para tais diferenças nas estimativas de prevalência de

exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo.

Neste estudo, verificou-se que a proporção de sujeitos expostos ao consumo tanto de bebidas alcoólicas quanto de tabaco foi significativamente maior entre os rapazes do que entre as moças. Em relação às diferenças entre os sexos, os estudos vêm relatando achados convergentes aos do presente estudo (22, 25). Uma exceção foi relatada por Horta et al. (23), que identificaram uma proporção significativamente maior de fumantes entre as moças em comparação aos rapazes.

A religiosidade é um construto complexo e multidimensional, com diferentes domínios que podem se configurar tanto em fator de proteção quanto em fator de risco à saúde do adolescente

(26). A associação entre religiosidade e condutas de saúde parece ser decorrente, ao menos em parte, das doutrinas adotadas pelas diferentes denominações religiosas, que proíbem a adoção de comportamentos sabidamente danosos à saúde, além de prescrever condutas que podem ter impacto positivo em muitos indicadores de saúde.

Há de se comentar também que as restrições e prescrições impostas por doutrinas religiosas podem se configurar tanto em fator de proteção quanto em fator de risco para muitos dos mais relevantes problemas de saúde pública na atualidade. Exemplos de como essas prescrições podem afetar negativamente a saúde incluem, entre outros, a proibição do uso de preservativos em religiões que prescrevem a abstinência como único método contraceptivo.

Rew e Wong (17) revisaram evidências da interrelação entre religiosidade/espiritualidade e condutas e atitudes de risco à saúde. Foram incluídos todos os estudos que investigaram algum domínio de religiosidade. Dos 43 estudos revisados, após controle para as variáveis de confusão, 33 demonstraram efeitos positivos de fatores de religiosidade/espiritualidade sobre condutas de saúde.

Nos estudos sobre associação entre religiosidade e exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo (7, 14, 17, 18, 25–29), as abordagens de investigação têm focado tanto fatores intrínsecos (religiosidade pessoal, fé, acreditar em Deus e ser praticante de uma religião) quanto fatores extrínsecos (educação religiosa na infância, afiliação religiosa e religiosidade dos pais). De uma maneira geral, esses estudos evidenciaram que tanto os fatores intrínsecos quanto os extrínsecos protegem os adolescentes da exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo.

Esse aspecto também ficou evidenciado pelos resultados da presente investigação. Tanto a “prática religiosa” (fator intrínseco) quanto a “afiliação religiosa” (fator extrínseco) foram identificados como variáveis associadas à exposição ao consumo de álcool e de tabaco em adolescentes. Além disso, o efeito protetor da prática religiosa permaneceu mesmo após ajustamento para a afiliação religiosa e outros fatores demográficos e socioeconômicos. Similarmente, observou-se um efeito protetor da afiliação religiosa, mesmo após ajustamento para a variável “prática religiosa”, sendo que os

**TABELA 4. Razões de chances brutas e ajustadas e intervalos de confiança de 95% para as variáveis religião e prática religiosa considerando dois desfechos, Estado de Pernambuco, Brasil, 2006**

Variável	OR bruta	IC95%	P	OR ajustada <sup>a</sup>	IC95%	P
<i>Desfecho: exposição a consumo de bebidas alcoólicas</i>						
Afiliação religiosa <sup>b</sup>						
Não tem	1			1		
Católico	0,76	0,63 a 0,91	0,00	1,09	0,88 a 1,35	0,44
Evangélico	0,20	0,16 a 0,26	0,00	0,28	0,21 a 0,37	0,00
Espírita	1,08	0,64 a 1,81	0,77	1,40	0,80 a 2,45	0,23
Outras	0,95	0,59 a 1,51	0,82	1,18	0,71 a 1,96	0,52
Prática religiosa <sup>c</sup>						
Não	1			1		
Sim	0,54	0,47 a 0,62	0,00	0,71	0,60 a 0,83	0,00
<i>Desfecho: exposição a tabagismo</i>						
Afiliação religiosa <sup>b</sup>						
Não tem	1			1		
Católico	0,45	0,34 a 0,60	0,00	0,68	0,49 a 0,94	0,02
Evangélico	0,23	0,15 a 0,35	0,00	0,33	0,21 a 0,54	0,00
Espírita	1,36	0,70 a 2,65	0,36	1,61	0,76 a 3,40	0,21
Outras	1,44	0,80 a 2,60	0,22	1,98	1,04 a 3,74	0,03
Prática religiosa <sup>c</sup>						
Não	1			1		
Sim	0,43	0,34 a 0,54	0,00	0,61	0,46 a 0,79	0,00

<sup>a</sup>Ajustamento para sexo, turno de aulas, idade, morar com os pais, escolaridade materna.

<sup>b</sup>Ajustamento também para prática religiosa.

<sup>c</sup>Ajustamento também para afiliação religiosa.

evangélicos, quando comparados aos adolescentes que relataram “não ter afiliação religiosa”, estiveram expostos a menor risco de exposição ao consumo de álcool e tabaco.

No estudo conduzido por Marsiglia et al. (26), após controle para afiliação religiosa (fator extrínseco) e outras variáveis, verificou-se que o efeito protetor da religiosidade (grau relatado de envolvimento com a própria religião, um fator intrínseco) permaneceu somente em relação ao uso de álcool na vida, mas não explicou significativamente a exposição ao tabaco e à maconha. Uma evidência que parece ser bastante convergente entre os estudos é que os fatores intrínsecos parecem ter maior força de associação com a exposição ao consumo de álcool e de tabaco do que os fatores extrínsecos. A esse respeito convém mencionar o artigo de Kliewer e Murrelle (25), que investigaram a existência de associação entre religiosidade e consumo de bebidas alcoólicas,

drogas e tabaco em uma amostra representativa de adolescentes do Panamá, Costa Rica e Guatemala. Esses autores verificaram que “acreditar em Deus” (um fator intrínseco) foi o principal fator de proteção em comparação a outras variáveis religiosas relacionadas ao ambiente familiar (religião dos pais) e escolar (educação religiosa).

Especificamente em relação ao consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo na adolescência, parece haver forte evidência de efeito protetor de fatores relacionados à religiosidade. Todavia, Roskosky et al. demonstraram que esse efeito protetor só ocorre em jovens com orientação heterossexual (29). No mesmo sentido, Van den Bree et al. (30) observaram que o baixo envolvimento religioso é capaz de prever tanto a progressão em relação ao hábito de fumar quanto o insucesso das tentativas de cessação, embora esse tipo de efeito só tenha sido observado entre os rapazes.

Os achados relatados nesses estudos advertem para a necessidade de cautela ao generalizar as evidências quanto ao efeito protetor da religiosidade em relação ao uso de bebidas alcoólicas e ao tabagismo em pessoas jovens — principalmente porque alguns estudos têm revelado que, em certos subgrupos populacionais, a religiosidade pode não ter associação com condutas de saúde, ou tal associação pode ser mediada por fatores que ainda não foram suficientemente investigados ou esclarecidos.

## Conclusões

De forma semelhante ao que vem sendo relatado em investigações congêneres, os resultados deste estudo sugerem que fatores relacionados à religiosidade podem atuar como determinantes da exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo na adolescência. O estudo evidenciou que fatores religiosos intrínsecos (prática religiosa) e extrínsecos (afiliação religiosa) estão associados à exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo neste grupo populacional. Estes resultados se confirmaram mesmo após ajustamento das análises para potenciais variáveis de confusão.

Futuros estudos precisam ser conduzidos a fim de estabelecer como esse papel modulador pode ser empregado em intervenções e campanhas de saúde pública. É preciso também esclarecer melhor o papel dos fatores mediadores da associação entre religiosidade e condutas de saúde na adolescência e na transição dessa para a fase adulta da vida.

**Agradecimentos.** O presente estudo contou com o Apoio a Projetos de Pesquisa (Processo 486023/2006-0) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e com bolsas de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE).

## REFERÊNCIAS

- Sutherland I, Shepherd JP. The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use in a stratified sample of English adolescents. *Addiction*. 2001;96(4):637-40.
- Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de
- Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 1997.
- Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento nacional sobre o uso de

- drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 2004.
4. Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2000;34(6):636-45.
  5. Machado Neto AS, Cruz AA. Tabagismo em amostra de adolescentes em Salvador-Bahia. *J Pneumol*. 2003;29(5):264-72.
  6. Birney MH, Hardie TL, Crowley EM. Association of parental smoking behaviors and absences in school-age children: implications for the nurse practitioner. *J Am Acad Nurse Pract*. 2006;18(5):221-7.
  7. Newcomb MD, Bentler PM. The impact of late adolescent substance use on young adult health status and utilization of health services: a structural-equation model over four years. *Soc Sci Med*. 1987;24(1):71-82.
  8. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health*. 2002;93(3):193-7.
  9. Giannakopoulos G, Panagiotakos D, Mihas C, Tountas Y. Adolescent smoking and health-related behaviours: interrelations in a Greek school-based sample. *Child Care Health Dev*. 2009;35(2):164-70.
  10. Wilson DB, Smith BN, Speizer IS, Bean MK, Mitchel KS, Uguy LS, et al. Differences in food intake and exercise by smoking status in adolescents. *Prev Med*. 2005;40(6):872-9.
  11. Bahr SJ, Maughan SL, Marcos AC, Bingdao LI. Family, religiosity, and the risk of adolescent drug use. *J Marriage Fam*. 1998;60(4):979-92.
  12. Ball J, Armistead L, Austin BJ. The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *J Adolesc*. 2003;26(4):431-46.
  13. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):242-50.
  14. Harrison MO, Edwards CL, Koenig HG, Bosworth HB, Decastro L, Wood M. Religiosity/spirituality and pain in patients with sickle cell disease. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(4):250-7.
  15. Dalgalarondo P, Soldera MA, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(2):82-90.
  16. Silva Júnior AG. Comportamentos relacionados à saúde em escolares do ensino médio em Aracaju – SE – Brasil [dissertação]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2005.
  17. Rew L, Wong YJ. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*. 2006;38(4):433-42.
  18. Sanchez ZVDM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(1):43-55.
  19. Organização Mundial da Saúde. Global school-based student health survey. Disponível em: [www.cdc.gov/GSHS/](http://www.cdc.gov/GSHS/). Acessado em 2 fevereiro de 2006.
  20. Soldera M, Dalgalarondo P, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):277-83.
  21. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saude Publica*. 2004;38(6):787-96.
  22. Souza DPO, Silveira Filho DX. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):276-87.
  23. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad Saude Publica*. 2007;23(4):775-83.
  24. Kelly C, Molcho M, Gabhaim SN. Health Behavior in School-aged Children (HSBC) Ireland. Disponível em: [www.nuigalway.ie/hbsc](http://www.nuigalway.ie/hbsc). Acessado em 27 fevereiro de 2009.
  25. Kliewer W, Murrelle L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from study in selected Central American countries. *J Adolesc Health*. 2007;40(5):448-55.
  26. Marsiglia FF, Kulis S, Nieri T, Parsai M. God forbid! Substance use among religious and non-religious youth. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75(4):585-98.
  27. SolNonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW, National Longitudinal Study of Adolescent Health. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Soc Sci Med*. 2003;57(11):2049-54.
  28. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *J Adolesc Health*. 2006;38(4):472-80.
  29. Rostosky SS, Danner F, Riggle ED. Is religiosity a protective factor against substance use in young adulthood? Only if you're straight! *J Adolesc Health*. 2007;40(5):440-7.
  30. Van den Bree MBM, Whitmer MD, Pickworth WB. Predictors of smoking development in a population based sample of adolescents: a prospective study. *J Adolesc Health*. 2004;35(3):172-81.

Manuscrito recebido em 22 de julho de 2008. Aceito em versão revisada em 13 de março de 2009.

## ABSTRACT

### Religiousness, alcohol consumption and smoking in adolescence

**Objective.** To analyze the association between religiousness and exposure to alcohol consumption and smoking in adolescence.

**Methods.** The sample included 4 210 high-school students from state schools in Pernambuco, Brazil, selected through two-stage cluster sampling. Information was collected using the Global school-based student health survey (GSHS). Exposure to alcohol consumption and smoking was defined as consumption of either substance at least 1 day in the past 30 days, regardless of intensity. Religious affiliation and practice were analyzed as religiousness-related variables.

**Results.** The prevalence of exposure to alcohol consumption was 30.3% (95%CI: 28.9-31.7). Alcohol consumption was significantly higher in males (38.6%) than females (24.8%). The prevalence of exposure to smoking was 7.8% (IC95%: 7.0-8.7), higher in males (9.8%) than females (6.2%). Crude analyses revealed that regardless of sex, exposure to alcohol consumption and smoking was inversely proportional to religious affiliation or practice. Logistic regression adjustment revealed that the likelihood of reporting exposure to alcohol consumption (OR = 0.71; 95%CI: 0.60-0.83) and smoking (OR = 0.61; 95%CI: 0.46-0.79) was lower in adolescents who reported religious practice, independently of affiliation.

**Conclusions.** The present results suggest that religiousness may act as a modulator for the exposure to alcohol consumption and smoking in adolescence. Further studies should be carried out to analyze how the protective effect of religiousness can be enhanced through health interventions and campaigns.

## Key words

Religion; smoking; alcoholic beverages; health behavior; adolescent; Brazil.