

**Anne Joana Nogueira**

Estudante Nº 803418

# **PADRÕES ALIMENTARES, SAÚDE E SUSTENTABILIDADE NA COMUNIDADE ADVENTISTA**



---

**Dissertação de Mestrado em  
Cidadania Ambiental e Participação**

**2014**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cidadania Ambiental e Participação, realizada sob a orientação científica de:

**Professora Doutora Maria de Fátima Pereira Alves**

**Professor Doutor Ulisses Manuel de Miranda Azeiteiro**



*À Alexandra e ao António*

## **AGRADECIMENTOS**

À Comunidade Adventista de Sétimo Dia que frequenta a Igreja do Bom Fim no Porto, pela colaboração;

À família e aos amigos pelos incentivos; à Cristina Cachado, amiga e família em simultâneo, pela dedicação;

Aos meus orientadores Professora Doutora Fátima Alves e Professor Doutor Ulisses Azeiteiro pelo inestimável apoio;

À Ana Mendonça, ao Jorge Moreira e à Vanda Viegas pelos momentos inesquecíveis;

E a todos os que estiveram sempre aí para mim,

O meu muito obrigada!

## **SINOPSE**

### **Padrões alimentares, Saúde e Sustentabilidade na Comunidade Adventista**

**Anne Joana Nogueira**

Os padrões de saúde adventista promovem a preservação da saúde através de uma série de práticas que envolvem a alimentação saudável, prática de exercício físico e não consumir tabaco ou álcool. Fez-se um inquérito a uma amostra de população adventista da região do Porto, de modo a, por um lado, obter resultados que se possam comparar com os obtidos pelo Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006 (INE) e com o Adventist Health Survey 2 (Loma Linda University, Ca, USA) e por outro fazer uma análise da perceção dos impactes ambientais que os inquiridos têm das suas escolhas ao nível alimentar. Foi feita uma caracterização e análise da amostra populacional em estudo, bem como comparações, ao nível de padrões alimentares e de saúde, população adventista/população portuguesa em geral e população adventista portuguesa/população adventista americana, tendo-se concluído que, embora a população inquirida apresente menor percentagem de indivíduos com valores de IMC considerados normais que a população portuguesa em geral, apresenta menor prevalência de doenças crónicas, menor frequência de toma de medicamentos, consumo de tabaco e álcool praticamente inexistente, melhor perceção de estado de saúde e de qualidade de vida. Do estudo da perceção que a população adventista tem dos impactes da sua alimentação sobre o ambiente, concluir-se que essas escolhas também são feitas também com o objetivo de preservar a biosfera.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alimentação, religião, saúde, sustentabilidade.

## SYNOPSIS

### **Dietary Patterns, Health and Sustainability in the Adventist Community**

**Anne Joana Nogueira**

*The Adventist health standards promote the preservation of health through a series of practices that involve healthy eating, physical activity and not using tobacco or alcohol. A survey was made involving a sample of Adventist population of Porto region, in order to, on one hand, obtain results that can be compared with those obtained by the National Health Survey 2005/2006 ( INE ) and the Adventist Health Survey 2 ( Loma Linda University , CA , USA ) and, on the other hand, to analyze the perception of environmental impacts that respondents have of their choices in terms of food. Characterization and analysis of the sample population under study was undertaken, as well as comparison, concerning dietary and health patterns, between Adventist population / Portuguese population in general and Portuguese Adventist population / American Adventist population. It was concluded that, although the sample population shows less percentage of subjects with reported BMI values considered as normal that the general Portuguese population, it has a lower prevalence of chronic diseases, lower frequency of intake of medicines, consumption of tobacco and alcohol virtually nonexistent, better perception of health status and quality of life. The study of the Adventist population perception of the impacts of their food choices on the environment concluded that these choices are also made with the goal of preserving the biosphere.*

**Keywords:** Food, religion, health, sustainability.

## Índice

Índice de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	8
Índice de Tabelas.....	9
Índice de Figuras.....	10
Introdução.....	12
PARTE I – Fundamentação teórica.....	14
Capítulo I: Padrão e produção alimentar: suas influências.....	14
I.1. Alimentação.....	14
I.2. Vegetarianismo.....	16
I.2.1. Impacte do vegetarianismo na saúde.....	17
I.3. Impacte ambiental da produção industrial de carne.....	19
I.3.1. Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).....	19
I.3.2. Impacte ambiental da produção e consumo de carne.....	20
I.4. Impactes socioeconómicos da produção e consumo industrial de carne.....	21
I.5. Condicionantes à prática de um consumo alimentar sustentável.....	22
I.6. Rumo ao consumo alimentar mais sustentável.....	23
I.7. Alimentação e Religião.....	24
I.8. Dimensão social da saúde.....	25
Capítulo II: Estudos de saúde adventistas.....	28
II.1. Breve História da Igreja Adventista do Sétimo Dia.....	28
II.2. Origem bíblica dos padrões alimentares adventistas.....	28
II.3. Estudos de saúde adventistas da Universidade de Loma Linda.....	30
II.3.1. Cronologia dos estudos de saúde adventistas.....	30
II.3.2. Perfil da amostra do AHS-2.....	32
II.3.3. Metodologia do AHS-2.....	33
II.3.4. Resultados preliminares do AHS-2.....	33
PARTE II – Objetivos, Metodologia e Resultados.....	35
Capítulo III: Objetivos e Metodologia.....	35
III. 1. Ferramenta metodológica.....	36
III. 2. Amostra.....	37
III. 3. Inquérito.....	37
III.3.1. Conteúdo do questionário.....	37
III.3.2. Pré Teste.....	38
III.3.3. Contactos prévios com a IASD do Bom Fim, Porto.....	39
III.3.4. Aplicação do Inquérito.....	39
III. 4. Contactos com a Universidade de Loma Linda.....	40
III. 5. Análise e tratamento de dados.....	40

Capítulo IV: Resultados .....	40
IV.1. Índice de Massa Corporal .....	41
IV.2. Autoapreciação do estado de saúde .....	43
IV.3. Doença diagnosticada e/ou tratada .....	46
VI.4. Doença para o tratamento da qual tomou medicamentos .....	49
IV.5. Classificação do regime alimentar .....	51
IV.6. Consumo de determinados alimentos .....	52
IV.7. Frequência de consumo de tabaco .....	55
IV.8. Frequência de consumo de bebidas alcoólicas.....	56
IV.9. Frequência de prática de atividade física .....	57
IV.10. Auto classificação de qualidade de vida .....	59
IV.11. Percepção de contribuição do padrão alimentar e de saúde para a melhoria da sustentabilidade ambiental .....	61
IV.12. Comparações de alguns resultados obtidos com os resultados do AHS-2 .....	63
IV.12.1. Padrão Alimentar auto referido .....	64
IV.12.2. Relação entre o padrão alimentar e o valor médio de IMC.....	64
IV.12.3. Relação entre o padrão alimentar e a prevalência de diabetes .....	65
Capítulo V: Discussão .....	66
Capítulo VI: Conclusões .....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	73
SÍTIOS CONSULTADOS ONLINE .....	83
Anexo I – Inquérito.....	85

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

- AHS - 1 – Adventist Health Study 1
- AHS - 2 – Adventist Health Study 2
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- BRI – Biblical Research Institute
- CE – Comissão Europeia
- DGEG – Direção Geral de Energia e Geologia
- FAO – Food and Agriculture Organization
- GEE – Gases de Efeito de Estufa
- IMC – Índice de Massa Corporal
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- INS – Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006)
- INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
- LCA – Life Cycle Assessment
- PAG – Potencial de Aquecimento Global
- ULL – Universidade de Loma Linda
- WCRF – World Cancer Research Fund
- WHO – World Health Organization

## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Média de litros de água utilizada para produzir um quilo de alimentos	21
Tabela 2 – Caracterização alimentar da amostra estudada pelo AHS-2	32
Tabela 3 – Prevalência de tensão alta, reumatismo, diabetes e asma na população inquirida e na população portuguesa em geral	49

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura capa - Farol da Ponta do Pargo, Calheta, Madeira	Capa <sup>1</sup>
Figura II -1 - Friso cronológico sobre estudos de saúde adventistas	30
Figura III - 1 – Constituição da amostra, por faixa etária.	38
Figura IV- 1 - Percentagem de mulheres inquiridas em cada faixa de valores de IMC	41
Figura IV- 2 – Percentagem de homens inquiridos em cada faixa de valores de IMC	41
Figura IV- 3 – Percentagem de mulheres portuguesas (INS,2009) em cada faixa de valores de IMC.	42
Figura IV – 4 – Percentagem de homens portugueses (INS,2009) em cada faixa de valores de IMC.	42
Figura IV-5 – Autoapreciação do estado geral de saúde das mulheres inquiridas (%).	44
Figura IV – 6 – Autoapreciação do estado geral de saúde dos homens inquiridos (%).	44
Figura IV – 7 – Autoapreciação do estado geral de saúde das mulheres portuguesas (INS,2009) (%).	44
Figura IV – 8 – Autoapreciação do estado geral de saúde dos homens portugueses (INS,2009) (%).	45
Figura IV - 9 – Prevalência de doenças crónicas e ausência de doença nas mulheres inquiridas (%).	46
Figura IV – 10 – Prevalência de doenças crónicas e ausência de doença nos homens inquiridos (%).	46
Figura IV – 11 – Prevalência de doenças crónicas nas mulheres portuguesas (INS,2009) (%).	47
Figura IV – 12 – Prevalência de doenças crónicas nos homens portugueses (INS,2009) (%).	47
Figura IV - 13 – Percentagem de mulheres inquiridas que não tomaram medicação ou que tomaram medicação para dores, redução de colesterol e tensão alta.	49
Figura IV – 14 - Percentagem de homens inquiridos que não tomaram ou que tomaram medicação para dores, redução de colesterol e tensão alta.	50
Figura IV – 15 – Percentagem de mulheres portuguesas que tomaram medicação para as dores, redução de colesterol e tensão alta (INS, 2009)	50
Figura IV – 16 – Percentagem de homens portugueses que tomaram medicação para as dores, redução de colesterol e tensão alta (INS,2009)	51
Figura IV – 17 – Auto classificação do regime alimentar das mulheres inquiridas.	52
Figura IV – 18 – Auto classificação do regime alimentar dos homens inquiridos.	52
Figura IV – 19 – Alimentos referidos no questionário que a população inquirida menos refere consumir.	53
Figura IV – 20 – Alimentos referidos no questionário que a população inquirida mais consumir.	53
Figura IV – 21 – Percentagem da população portuguesa em geral (INS,2009) e de pessoas inquiridas que consomem determinados alimentos.	55

---

<sup>1</sup> Fonte: Geocaching Madeira. Disponível em <http://madeirageocaching.blogspot.pt/2011/09/farol.html>. Consultado em 5/12/2013

Figura IV – 22 – Percentagem de mulheres portuguesas fumadoras e não fumadoras (INS,2009).	55
Figura IV -23 – Percentagem de homens portugueses fumadores e não fumadores (INS,2009).	55
Figura IV – 24 – Percentagem de mulheres inquiridas que consomem ou não de bebidas alcoólicas e frequência do consumo.	56
Figura IV – 25 – Percentagem de homens inquiridos que consomem ou não de bebidas alcoólicas e frequência do consumo.	56
Figura IV – 26 - Percentagem de mulheres portuguesas que consomem ou não de bebidas alcoólicas e frequência do consumo (INS,2009).	56
Figura IV – 27 - Percentagem de homens portugueses que consomem ou não de bebidas alcoólicas e frequência do consumo. (INS,2009).	57
Figura IV – 28 – Percentagem de mulheres inquiridas que praticam ou não atividade física.	58
Figura IV – 29 – Percentagem de homens inquiridos que praticam ou não atividade física.	58
Figura IV – 30 – Percentagem de mulheres portuguesas que andam durante o dia (INS,2009).	59
Figura IV – 31 – Percentagem dos homens portugueses que andam durante o dia (INS,2009).	59
Figura IV – 32 – Perceção da qualidade de vida das mulheres inquiridas	60
Figura IV – 33 – Perceção da qualidade de vida dos homens inquiridos.	60
Figura IV - 34 – Perceção da qualidade de vida das mulheres portuguesas (INS,2009).	60
Figura IV - 35 – Perceção da qualidade de vida dos homens portugueses. (INS,2009).	60
Figura IV - 36- Perceção das mulheres inquiridas sobre a contribuição do seu padrão alimentar e de saúde para melhorar a sustentabilidade ambiental	62
Figura IV - 37 – Perceção dos homens inquiridos sobre a contribuição do seu padrão alimentar e de saúde para melhorar a sustentabilidade ambiental. 63	63
Figura IV - 38 - Perceção das mulheres inquiridas sobre a contribuição do seu padrão alimentar e de saúde para melhorar a sustentabilidade ambiental, por faixas etárias.	62
Figura IV - 39 - - Perceção dos homens inquiridos sobre a contribuição do seu padrão alimentar e de saúde para melhorar a sustentabilidade ambiental, por faixas etárias	63
Figura IV -40 – Padrão alimentar auto referido pela população inquirida e pela população que respondeu ao AHS- 2.	64
Figura IV – 41 – Relação entre o padrão alimentar e o valor médio de IMC entre os participantes do AHS- 2 e os do Inquérito.	64
Figura IV – 42 - Relação entre o padrão alimentar e a prevalência de diabetes entre os participantes do AHS- 2 e os do Inquérito.	65
Figura V - 1 – Número de homens e de mulheres que constituem a amostra do INS (2009).	67

## INTRODUÇÃO

O estudo dos padrões de consumo alimentar característicos dos seguidores da Igreja Adventista do Sétimo Dia, que preconiza como um dos princípios a preservação da saúde, enquadra-se no recrudescimento do interesse que os saberes, neste caso associados a preceitos religiosos transmitidos desde o século XIX, têm suscitado. Este renovado interesse têm-se manifestado concretamente através da intensificação de estudos sobre comportamentos saudáveis feitos por entidades independentes da Igreja Adventista, no sentido de apurar os comportamentos de saúde que conduzem a uma melhor saúde, maior longevidade e melhor qualidade de vida.

“Em todo o mundo, não só existem diversas formas de conhecimento da matéria, sociedade, vida e espírito, como também muitos e diversos conceitos sobre o que conta como conhecimento e os critérios que podem ser usados para validá-lo.” (Santos, 2008:12)

Muitos dos conhecimento referidos por Santos (2008) estão enraizados em tradições populares e foram transmitidos pela oralidade, enquanto outros fazem parte de saberes transmitidos por outras vias, nomeadamente, as tradições associadas às culturas religiosas.

Aproximando-nos brevemente das macrotendências globais, económicas, científicas e tecnológicas, do sistema social e do sistema político, Carmo (1997) aponta igualmente para o estilo de vida. Neste âmbito, o autor refere que o homem contemporâneo tem à sua disposição um leque de opções de tal modo vasto, que a sociedade se está a transformar de uma sociedade industrial para uma sociedade de minorias onde, por detrás de uma aparente cultura global, se esconde uma miríade de subculturas de minorias com as quais cada um se vai identificando, como modo de fazer face ao desenraizamento causado pelas migrações características da modernidade. A par das subculturas, também se vem assistindo à revalorização das religiões: enquanto algumas religiões tradicionais parecem estar a passar um momento de crise, outras estão em grande crescimento; muitas novas organizações religiosas têm vindo a dia, surgindo mesmo fundamentalismos.

Neste contexto de diversidade sociocultural, a crença na ciência continua a ser uma realidade, sendo esta uma parte da ecologia de saberes.

Para além da preservação da saúde, os adventistas consideram que se deve preservar o ambiente. Este preceito encontra-se patente no seu sétimo princípio “A natureza do homem”, que refere que as pessoas devem amar Deus, amar-se umas às outras e cuidar do ambiente que as rodeia<sup>2</sup>. Do mesmo modo, o sábado, dia de descanso, é dedicado a ir à igreja, ao convívio com a família e amigos, ações de beneficência e, tanto quanto possível, passeios em que se privilegia o convívio com a Natureza.

Tendo como pano de fundo o abrangente tema da sustentabilidade, seleccionámos o tema dos padrões de saúde da comunidade adventista frequentadora da Igreja Adventista de Sétimo Dia do Bonfim, no Porto, pretendendo-se relacionar os níveis de saúde desta comunidade com os da população portuguesa em geral, bem como, com os da população adventista americana. Paralelamente procurar-se-á tornar visíveis as perceções que a comunidade estudada tem sobre o impacte ambiental dos seus padrões alimentares.

Este trabalho mobilizará conceitos pluridisciplinares e inter-relacionados com origens e fluxos diversificados, no sentido de produzir algumas conclusões no que concerne às escolhas de saúde que se fazem e as implicações que estas têm na sustentabilidade da vida humana e do planeta.

---

<sup>2</sup> Seventh Day Adventist Church, Disponível em <http://www.adventist.org/beliefs/fundamental/index.html>  
Consultado em 30/01/2013

## PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### CAPÍTULO I: PADRÃO E PRODUÇÃO ALIMENTAR: SUAS INFLUÊNCIAS

#### I.1. Alimentação

A alimentação, sendo uma necessidade biológica de todos os seres vivos, contempla uma quantidade de valências que vão muito para além do consumo de proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, sais minerais e água, necessários à manutenção do bom funcionamento do corpo. Com efeito, o ato de comer engloba as valências social, estética, religiosa, sexual, entre outras, associadas ao modo como os alimentos são produzidos, distribuídos, confeccionados e consumidos.

Lévi-Strauss (1968) considera mesmo que a característica específica da alimentação é o facto de esta se encontrar na charneira entre a natureza e a cultura, dois fatores interligados, reveladores de filiação social e referências culturais. O que comemos, quando comemos, como comemos, com quem comemos e onde comemos é definido por costumes, nacionalidade, religião e meio social.

Já Elias (2006), na sua obra intitulada “O processo civilizacional”, refere que as maneiras à mesa são uma medida do grau de *civilité* (civilização) considerando mesmo o modo de comer a carne como um marcador ou referencial. Assim, da Idade Média aos nossos tempos, passámos de uma situação em que o animal assado inteiro é apresentado aos comensais, sendo uma honra trinchá-lo, para uma situação em que o que é apresentado no prato já foi cortado e processado fora da vista, em nada lembrando a origem animal, pelo que até a utilização da faca se pode tornar desnecessária.

Por seu lado, Bourdieu (1979) estudou a relação entre as práticas alimentares e a posição social tendo concluído que o valor atribuído à alimentação está ligado às origens sociais de cada um. Este sociólogo considera que os gostos alimentares dependem da ideia que cada classe social tem do corpo e do efeito que a alimentação vai ter sobre ele, ou seja sobre a sua força, saúde e beleza.

Ora, o ato de comer, estando relacionado com os acontecimentos da vida (nascimento, aniversário, casamento, morte) tece relações sociais entre os comensais através de questões e regras como quem confeciona a refeição, qual a frequência e composição da refeição, quem participa na refeição, como se sentam as pessoas à mesa e como comem, em que ordem são servidos os pratos, quem é servido primeiro, em que

ocasiões se convidam família, amigos e estranhos e como fazer e devolver um convite (Poulain, 2002). A este conjunto de regras, reveladoras do meio cultural e social, a sociologia chama “modelo alimentar”, modelo este que varia não só de um espaço cultural para outro, mas também ao longo do tempo, participando na diferenciação inter e intra cultural. Os reguladores de cultura alimentar estão relacionados com as classificações que são atribuídas aos alimentos em termos de promoção da saúde e da estética, combate da doença ou ainda do seu significado religioso ou profano.

Poulain (2002:25) considera os modelos alimentares como “...conjuntos sociotécnicos e simbólicos que articulam um grupo humano ao seu meio, fundam a sua identidade e asseguram a implementação de processo de diferenciação social interna.”<sup>3</sup> Trata-se, portanto, de um conjunto de aprendizagens que dependem das condições ambientais naturais e das relações sociais, transmitidas de geração em geração. Aliadas a estas há ainda que considerar a condição de omnívoro do ser humano, que lhe permitiu adaptar-se aos diferentes ambientes e constrangimentos, colonizando os lugares mais remotos do planeta bem como possibilitou todas as adaptações naturais, evolução histórica, industrial e económica.

Na sociedade ocidental contemporânea, caracterizada pelos excessos de *fast-food* e alimentos de origem animal, sedentarismo e vícios diversos, vários estudos têm surgido que comprovam os malefícios do álcool e do tabaco para a saúde, surgindo também numerosos estudos que ligam certas doenças ao consumo de carnes e derivados (Willett, 2003; WCRF, 2007).

Por outro lado, a existência de acidentes na cadeia alimentar (interrupção da cadeia de frio, contaminações químicas, físicas e biológicas, etc.) contribui para o aumento da sensação de insegurança em relação ao que é comido, reforçando o conceito de sociedade de risco<sup>4</sup> (Moura, s/d).

Neste contexto, cada vez mais consumidores europeus (Risk Issues, CE, 2006) se sentem preocupados com o impacto das suas escolhas alimentares na sua saúde e no ambiente, optando por padrões alimentares mais saudáveis e sustentáveis, muitas vezes envolvendo a diminuição do consumo de carnes vermelhas ou mesmo eliminação desse

---

<sup>3</sup> Tradução da autora

<sup>4</sup> O conceito de sociedade de risco, que surgiu nos anos 80 do século passado, não é consensual. Segundo Giddens (1999:3) sociedade de risco é "a society increasingly preoccupied with the future (and also with safety), which generates the notion of risk" enquanto Beck (1992:21) define sociedade de risco como "a systematic way of dealing with hazards and insecurities induced and introduced by modernization itself".

consumo dos seus hábitos alimentares. Importante, também, é saber que parece verificar-se uma crescente preocupação dos consumidores com o bem-estar animal e as regras do comércio justo (Risk Issues, CE, 2006).

Existindo tantos modelos alimentares, faz sentido questionar se algum deles apresenta vantagens em termos de longevidade ou de prevenção de certas patologias, qual a frequência correta de refeições por dia ou se se deve comer entre as refeições. Por último, acresce questionar se o modelo alimentar omnívoro, utilizado na Europa ocidental e amplamente disseminado pelos restantes continentes, se afigura como o mais sustentável em termos de saúde, energia e ambiente ou se existirão opções que apontam para uma melhor qualidade de vida<sup>5</sup> e maior sustentabilidade.

## **I.2. Vegetarianismo**

Muitos são os motivos que levam as pessoas a diminuir o consumo de carne ou mesmo optar por dietas vegetarianas: religiosos (p.ex.: budistas, adventistas), sociais (p.ex.: preocupação com o comércio justo), económicos (p.ex.: produtos de origem cárnica são mais dispendiosos que os equivalentes de origem vegetal), de saúde (p.ex.: muitas doenças estão associadas ao excessivo consumo de carne) e ecológicos (p.ex.: preocupação com o bem estar animal e com os impactes ambientais das criações de gado industriais).

Os padrões de saúde adventistas da era moderna caracterizam-se pela ausência de consumo da maioria das carnes, frutos do mar, tabaco e álcool, a par da prática de exercício físico e da dedicação do dia de sábado a atividades não seculares.

Os membros da Igreja Adventista de Sétimo Dia são incentivados à prática do vegetarianismo (princípio 22 da Declaração Oficial de Crenças Fundamentais)<sup>6</sup>, embora este não seja obrigatório, prática esta que contribuiu para a disseminação do consumo de cereais no mundo ocidental, bem como para a criação de empresas vocacionadas para os

---

<sup>5</sup> Considerando a definição de qualidade de vida da World Health Organization Quality of life assessment, como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". The WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, Social Science and Medicine 10:1403-1409.

<sup>6</sup> Disponível em <http://www.adventistas.org.pt/quem-somos/declaracao-oficial-de-crencas-fundamentais> Consultado em 30/1/2013

padrões de vida saudável, tais como a Kelloggs, fundada por William Keith Kellogg e John Harvey Kellogg um médico adventista americano, defensor do vegetarianismo como meio para ter uma vida saudável.

A definição do que se considera uma dieta vegetariana pode variar de vegan a quase vegetariano. É portanto importante definir categorias no sentido de se conhecer quais os alimentos consumidos pelas pessoas em cada caso:

- Vegan – não consome carne, peixe, ovos ou laticínios; consome frutas, legumes, leguminosas e sementes;
- Ovo-lacto-vegetariano – não consome carne ou peixe mas consome ovos e laticínios, para além dos alimentos de origem vegetal;
- Quase vegetariano – alimentação semelhante ao ovo-lacto-vegetariano, consumindo ocasionalmente carnes brancas ou peixe;
- Macrobiótico – alimentação à base de cereais, leguminosas e vegetais incluindo também, embora em menor quantidade, frutas, nozes e sementes; por vezes também são consumidas pequenas quantidades de peixe e de leite fermentado;
- Frutívoro – alimentação baseada no consumo de frutas, vegetais, nozes, sementes e alguns vegetais considerados frutas tais como o tomate e o abacate.

Quando se fala em vegetarianismo levanta-se uma série de questões às quais convém responder, sob pena de muitas delas se transformarem em mitos.

A posição dos nutricionistas em relação às dietas vegetarianas é clara, nomeadamente a da American Dietetic Association (2009) que considera que as dietas vegetarianas corretamente planeadas são saudáveis e adequadas do ponto de vista nutricional, quer para bebés, crianças, adolescentes, adultos, grávidas, lactantes ou idosos, podendo ainda trazer benefícios na prevenção e tratamento de certas doenças.

### **I.2.1. Impacte do vegetarianismo na saúde**

Não foi encontrado registo de informação científica que negue a importância para a saúde humana da diminuição de consumo de carne e aumento do consumo de produtos de origem vegetal, existindo inúmeros estudos que confirmam os benefícios da alimentação de base vegetariana. Kushi et al. (1995:1407) no seu estudo sobre a dieta

mediterrânica conclui que “o consumo diário elevado de vegetais e cereais e um consumo baixo ou moderado de carne pode estar relacionado com um baixo índice de muitas das doenças crónicas, incluindo as doenças coronárias”<sup>7</sup>. Por outro lado, a dieta mediterrânica, que tem um consumo muito baixo de carne, moderado de peixe e elevado em produtos vegetais, diminui o risco de cancro do sistema digestivo (Bosetti et al., 2003). Willet (2003) é autor de um estudo sobre a dieta e o estilo de vida adventista a partir do qual conclui que a dieta saudável adventista tem um impacto positivo importante na saúde, contribuindo para a diminuição de ocorrência de doenças cardiovasculares para a qual contribui a diminuição de consumo de carne de vaca e o aumento de consumo de frutos de casca rija. O consumo das carnes vermelhas e derivados aumentam o risco do cancro intestinal e do reto (WCRF, 2007); a carne vermelha está na base do aumento das doenças cardiovasculares, hipertensão, triglicéridos e colesterol (Sinha et al., 2009).

No que diz respeito ao aporte nutricional da dieta vegetariana, este é completo para os ovo-lacto-vegetarianos, que consomem ovos, leite e derivados, os quais possuem muitos elementos que se encontram nos alimentos de origem animal. Mas os vegans necessitam de ingerir vitamina B12 (Craig, 2009), o único elemento que o organismo humano necessita a não ser possível encontrar-se nos alimentos de origem vegetal. Quanto ao ferro, cálcio e proteínas, encontram-se facilmente nos vegetais e em certos casos com maiores qualidades e de melhor absorção pelo organismo.

Outra questão muitas vezes colocada diz respeito à suposta debilidade física dos vegetarianos. Esta é claramente um mito dado que, como já foi referido, os vegetarianos têm acesso a todos os nutrientes necessários ao organismo. Muitos atletas, cientistas, escritores e pensadores eram e são vegetarianos, tais como Carl Lewis, Franz Kafka, Jean-Jacques Rousseau, Leon Tolstoy, Leonardo Da Vinci, Martina Navratilova, Pitágoras, Thomas Edison e Albert Einstein, a quem se atribui a conhecida frase: *“Nothing will benefit human health or increase chances for survival on Earth as much as the evolution to a vegetarian diet”*<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Tradução da autora

<sup>8</sup> Boston Vegetarian Society. Disponível em <http://www.bostonveg.org/quotes.html> Consultado em 17/01/2013

### **I.3. Impacte ambiental da produção industrial de carne**

#### **I.3.1. Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO)**

O impacte ambiental do consumo de carne é inegável. O relatório da FAO (2006), *Livestock, a major threat to environment*, considera que a produção de carne de forma maciça tem uma contribuição muito importante para a degradação ambiental, contribuindo para a emissão de gases com efeito de estufa, com uma parcela mais significativa que o setor dos transportes (medidos em CO<sub>2</sub> equivalente). A esta degradação há a acrescentar a degradação do ar, água e solos.

A produção de carne de modo industrial ocupa 30% das terras aráveis aos quais se deve somar mais 33% correspondente às terras utilizadas para produzir alimento para o gado. A criação destes terrenos agrícolas é um dos responsáveis pela desflorestação, especialmente na América do Sul onde se estima que 70% do terreno da floresta amazónica primitiva foi transformado em pastagens.

Paralelamente, as emissões gasosas por utilização abusiva das terras em criações de gado contribuem com 9% de todo o CO<sub>2</sub> de origem antropogénica, mas contribuem também com a emissão de outros GEE muito mais poluentes: 65% de todo o óxido nítrico de origem antropogénica que tem 296 vezes mais potencial de aquecimento global (PAG) que o CO<sub>2</sub> tem origem no esterco; 37% de todo o metano (23 vezes mais PAG que o CO<sub>2</sub>) é originado pelo sistema digestivo do gado, ao mesmo tempo que 64% da amónia, responsável pelas chuvas ácidas (FAO, 2008).

Os recursos hídricos são dos que mais sofrem com a criação industrial de gado. Por um lado a sobre exploração dos terrenos faz aumentar a desertificação nas zonas secas, enquanto nas zonas mais húmidas os lençóis freáticos e terrenos são contaminados com dejetos, hormonas, pesticidas, fertilizantes e outros produtos químicos.

A produção de carne e produtos lácteos contribui com cerca de 20% da biomassa o que é a causa direta de uma perda de biodiversidade cifrada em 15 dos 24 ecossistemas em declínio (FAO, 2008).

### **I.3.2. Impacte ambiental da produção e consumo de carne**

Marlow et al. (2009) desenvolveram um estudo em que analisaram as influências da produção agrícola moderna na degradação ambiental ao nível dos recursos hídricos, consumo de energia, aplicação de fertilizantes e pesticidas, produção de resíduos e degradação de solos, calculando posteriormente os efeitos ambientais de uma alimentação vegetariana e de uma alimentação não-vegetariana. A conclusão apresentada é que a produção dos alimentos de uma dieta não vegetariana tem um impacto ambiental claramente negativo, verificando-se que consome 2,9 vezes mais água, 2,5 vezes mais energias primárias, 13 vezes mais fertilizantes e 1,4 vezes mais pesticidas. Para além destes valores, o estudo apresentou outros valores interessantes:

- Calculou-se que o consumo doméstico de água *per capita* de um lar em que a alimentação é vegetariana é cerca de 54% menos que o de um lar equivalente com alimentação não vegetariana;

- O retorno calórico entre a energia primária gasta na produção e o aporte calórico nutritivo é de 2 a 3 calorias para os cereais e as leguminosas, 0,5 calorias para a maioria das frutas e dos vegetais, e 0,01 a 0,05 calorias para a carne (Horrihan, 2002).

Baroni et al. (2007) avaliaram os conteúdos energéticos e nutricionais de três dietas diferentes (omnívora, vegetariana e vegan) avaliando para cada uma delas o seu impacto energético, ambiental e na saúde humana, para o caso de se consumirem produtos de agricultura biológica e produtos de agricultura convencional. Em cada caso foi aplicado o método de Life Cycle Assessment (LCA) que permite calcular o seu impacto ambiental exprimindo os resultados obtidos em pontos. Alguns resultados já eram previsíveis, tendo sido largamente confirmados a saber:

- Dentro das dietas com o mesmo modo de produção a dieta omnívora é a que tem maior impacto ambiental;

- Dentro do mesmo meio de produção quanto maior for o consumo de carne maior é o impacte ambiental;

- Dentro do mesmo padrão alimentar, os meios de produção convencionais têm maior impacte ambiental;

- Globalmente, a alimentação omnívora com produtos de agricultura convencional é a que tem maior impacte ambiental negativo e a alimentação vegan com produtos de agricultura biológica é a que tem menos impacte ambiental negativo.

Este estudo revelou outros resultados menos previsíveis ou menos divulgados em estudos anteriores:

- A produção de carne de vaca é a maior responsável pela degradação ambiental em qualquer meio de produção;

- Outras grandes fontes de degradação ambiental são a produção de queijo, peixe e leite.

A substituição das proteínas animais por proteínas vegetais reduz consideravelmente a área de cultivo (Bouwman et al., 2005).

Num terreno onde é produzido 1kg de carne, podem ser produzidos 30kg de cenouras mais 20kg de maçãs mais 50kg de tomates e mais 40kg de batatas. São necessárias 24cal de soja para produzir 1cal de carne de vaca (Azevedo, 2008).

A Earthsave Foundation disponibiliza os dados da tabela 1, referentes ao consumo de água para produzir 1 Kg de cada tipo de alimento.

Tabela 1 - Média de litros de água utilizada para produzir um quilo de alimentos (Earthsave Foundation, 2012)

Alimento	Tomate	Trigo	Batata	Feijão	Leite	Ovos	Frango	Porco	Vaca
Água (L)	39	42	48	195	222	932	1397	2794	8931

Face ao exposto fica claro que o consumo de carne, especialmente de carnes vermelhas, é insustentável, quer ao nível da promoção e preservação da saúde humana quer da preservação ambiental e ecológica.

#### **I.4. Impactes socioeconómicos da produção e consumo industrial de carne**

O alargamento da área de cultivo e a procura de novos locais para a pecuária origina a expulsão de muitas populações indígenas das suas terras e degrada o ambiente de locais habitados por imensas comunidades, que assistem impotentes ao desbaste dos seus meios de subsistência diária. Muitas são completamente “esmagadas” pelos grandes produtores de carne, acabando nas garras do trabalho escravo desses “grandes senhores” (Greenpeace Brasil, 2009).

O mundo tem 925 milhões de pessoas a passar fome (FAO, 2012) e 90% do farelo de soja é para ração animal. No ano 2002, foram utilizadas 670 milhões de toneladas de cereais para a alimentação animal, o que corresponde a quase um terço de toda a produção mundial de cereais. Foram ainda consumidas nesse ano 350 milhões de toneladas de rações ricas em proteínas, constituídas por oleaginosas, derivados de carne e farinha de pescado. Alguns investigadores apontam para metade da produção mundial de cereais e cerca de 35% das capturas pesqueiras para produção de ração animal (FAO, 2012). Com um cenário de diminuição do consumo da carne, os cereais, as leguminosas e as hortaliças, que eram anteriormente destinadas aos animais, poderiam ser encaminhadas para as pessoas com carências nutricionais. No entanto a fome no mundo é um problema extremamente complexo, considerado pela World Health Organization (2013) uma das questões cruciais do desenvolvimento sustentável, que relaciona a saúde, malnutrição, desenvolvimento económico sustentável, ambiente e comércio, envolvendo a quantidade de alimentos disponível, o acesso que as populações têm aos alimentos (problemas de distribuição), bem como a utilização que se faz desses mesmos alimentos.

### **I.5. Condicionantes à prática de um consumo alimentar sustentável**

O consumo alimentar está associado a riscos muitas vezes de natureza bioquímica, mas também de natureza física, económica, social, psicológica ou até de perda de tempo (Moura, 2000). A perceção destes vários riscos ao longo da cadeia alimentar provoca, no consumidor sentimentos de incerteza e angústia que se refletem num maior interesse por produtos alimentares com origens e/ou modos de produção sustentáveis. De um modo geral, os fatores determinantes do consumo alimentar sustentável podem dividir-se em fatores próprios do consumidor e fatores da envolvente.

Dentro dos fatores próprios do consumidor refiram-se: a preocupação com a saúde na medida em que estes produtos de agricultura sustentável são considerados mais nutritivos; a sensação de contribuir para a resolução dos problemas ambientais; os valores pessoais como o civismo, a honestidade, o idealismo, o universalismo, a benevolência ou valores altruístas tais como a promoção das regras de comércio justo e a preocupação com o bem-estar animal; a identificação com certos grupos sociais e políticos associados a este tipo de consumo. O relatório Risk Issues da CE (2006) revela que a preocupação do consumidor com a sua saúde influencia muito mais a sua decisão

de compra de bens alimentares, pois a percepção de que a sua saúde pode ser prejudicada pela poluição é manifestada por 61% dos inquiridos, que os valores altruísta ou relacionados com o ambiente, uma vez que o mesmo relatório indica que o consumidor europeu é muito cético quanto ao verdadeiro impacte ambiental das suas escolhas.

Em termos de fatores da envolvente deve considerar-se: o preço elevado dos produtos biológicos, que pode ser de 40% até 175%, resultante do próprio modo de produção e do facto de estes se venderem muitas vezes em lojas da especialidade; a dificuldade de colocação nas grandes superfícies que impede o seu acesso à maioria dos consumidores; a limitada oferta de produtos.

O já referido estudo de Baroni et al (2007), tinha como objetivo identificar os chamados “pontos críticos” do impacte ambiental das escolhas alimentares, apontando os precisos padrões alimentares que trazem mais benefícios ambientais, por terem sido identificadas duas particularidades: as pessoas revelam grande relutância em mudar padrões alimentares e por outro lado as mudanças nos hábitos alimentares dos países em desenvolvimento podem revelar-se indispensáveis para mudar ou mesmo reverter os principais problemas ambientais da atualidade.

### **I.6. Rumo ao consumo alimentar mais sustentável**

Sendo o local de eleição para a realização de cerca de 80% das compras de produtos alimentares e de limpeza (Moura, s/d) e podendo praticar preço mais baixos devido ao volume de negócio, as grandes superfícies podem desempenhar um papel importante, na divulgação dos benefícios ambientais (menor uso de pesticidas, fertilizantes, hormonas de crescimento e antibióticos) e no aumento de confiança do consumidor. Assim, poder-se-á combater a relutância em alterar os hábitos alimentares e favorecer a experimentação de novos produtos por potenciais clientes, com conseqüente aumento de consumo de produtos de modo de produção sustentável (Moura, 2007).

Jungbluth et al. (2000) conduziram um estudo com o objetivo de auxiliar o consumidor a considerar os aspetos ambientais do consumo alimentar. Para tal, utilizaram a já referida metodologia LCA considerando cinco variáveis (do ponto de vista do consumidor): o tipo de agricultura praticada, a origem do produto, o material de embalagem, o tipo de conservação e o consumo. As conclusões a que se chegou foram as seguintes:

- Existem grandes diferenças nos impactos ambientais provocados pelo consumo de carne e de vegetais, que podem diferir de um fator de 2,5 para 8 respectivamente;

- A opção mais significativa para a redução do impacto ambiental do consumo alimentar é a que combina abstenção de consumo de alimentos aerotransportados, redução de consumo de carne e preferência por produtos orgânicos;

- A embalagem tem pouca importância no impacto ambiental dos alimentos, excetuando o caso das bebidas;

- Características ambientalmente importantes nos alimentos tais como o transporte aéreo e o impacto produção de gases de efeito de estufa não são fáceis de identificar pelo consumidor pelo que deveriam ser mencionadas na etiquetagem.

### **I.7. Alimentação e Religião**

Durkheim (1887) definiu a religião como “ um sistema solidário de crenças e de práticas relativas a coisas sagradas, isto é, separadas, interditadas, crenças e práticas que unem numa mesma comunidade moral, chamada igreja, todos os que aderem a ela”<sup>9</sup>.

A influência da religião na alimentação é manifesta num padrão de proibições, permissões e jejuns, patentes no quotidiano dos seus praticantes, quer se trate de cristãos, muçulmanos, judeus ou outros.

A relação entre alimentação e religião é definida por Carneiro (2003) do seguinte modo:

“As regras alimentares servem como rituais instauradores de disciplinas, de técnicas de autocontrolo que vigiam a mais insidiosa, diuturna e permanente tentação. Domá-la é domar a si mesmo, daí a importância da técnica religiosa dos jejuns, cujo resultado também permite a obtenção de estados de consciência alterada propícios ao êxtase. As regras disciplinares sobre alimentação podem ser anti hedonistas, evitando o prazer produzido pelo alimento tornando-o o mais insípido possível, ou podem ser pragmáticas, ao evitar alimentos que sejam demasiadamente ‘quentes’ ou ‘passionais’.

---

<sup>9</sup> Tradução da autora Disponível em <http://durkheim.uchicago.edu/Texts/1887b.html> Consultado a 27/12/2012

Os herbários medievais identificavam em diversos alimentos, tais como as cenouras ou alcachofras, fontes de excitação sexual. As regras budistas eliminam até mesmo a cebola, a cebolinha e o alho, por considerarem que essas inflamam as paixões.” (Carneiro, 1993:119)

A religião assume assim um papel relevante, influenciando os modos de agir e pensar, podendo mesmo ser considerada um mecanismo de controle.

Para Durkheim (1886), a religião articula rituais e símbolos que têm o efeito de criar entre indivíduos afinidades sentimentais que constituem a base de classificações e representações coletivas. Assim, “as cerimônias religiosas cumprem um papel importante ao colocarem a coletividade em movimento para sua celebração: elas aproximam os indivíduos, multiplicam os contatos entre eles, torna-os mais íntimos e por isso mesmo, o conteúdo das consciências muda”.<sup>10</sup>

### **I.8. Dimensão social da saúde**

Em 1988 decorreu em Adelaide (Austrália), a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em que foram feitas as “Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis”, onde é reconhecido que os governos dos países têm um papel preponderante na promoção da saúde mas que “os sindicatos, os comerciantes e os empresários, as associações acadêmicas e os líderes religiosos têm ao seu alcance muitas formas de agir na defesa dos interesses da saúde de toda a comunidade” (1988:5), pelo que o conceito de entidades envolvidas na promoção da saúde se torna muito mais abrangente. A Conferência identificou as seguintes áreas-chave prioritárias para ações de políticas de saúde pública: apoio às mulheres, alimentação e nutrição, criação de ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento de novas alianças na saúde (WHO, 1988). Posteriormente, já decorreram mais quatro conferências internacionais da saúde, sendo que a última foi a 6ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde em Bangucoque (Tailândia), da qual emanou a Carte de Bangucoque. Para cumprir as metas propostas nas 4ª e 5ª Conferências propõe-se: fazer um esforço coletivo em prol da saúde; combater o déficit de aplicação das medidas já sugeridas; chamar à ação os estados membros no sentido de porem em marcha e monitorizarem os planos já delineados; que todas as partes interessadas se unam numa

---

<sup>10</sup> Tradução da autora <http://durkheim.uchicago.edu/Bibliography/Bib01.html> Consultado a 6/11/2012

aliança mundial de promoção da saúde que impulse compromissos e medidas a nível mundial e local (WHO, 2005).

Fica claro que nas últimas décadas as instituições internacionais têm considerado a saúde como uma questão global quer a nível geográfico, quer a nível do modo como a sua promoção deve ser feita. Com efeito, os governos têm sido instados a promover a saúde e a educação para a saúde de um modo participativo envolvendo todos os setores da sociedade civil.

A World Health Organization define saúde como “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”<sup>11</sup>. No entanto, o conceito de saúde também é uma construção social que varia simultaneamente com a cultura em que está inserido e ao longo do tempo.

Nas sociedades ocidentais, desde o século passado, o modelo biomédico tem prevalecido, evoluindo para uma conceção bio-psico-social que integra psicologia e comportamentos (Armstrong, 1986). Apesar destas evoluções sociais e simbólicas na prática clínica, a doença continua a ser encarada como uma disfunção física que deve ser corrigida com meios físicos (fármacos, cirurgias ou radiações). A biomedicina tornou-se de tal modo alargada que abrange comportamentos que anteriormente eram considerados da esfera moral, como o alcoolismo e o suicídio, ou como fenómenos naturais da vida tais como a gravidez, o parto ou o envelhecimento (Illich, 1975, *in* Tavares, 2010).

A marca social da saúde e da doença também se torna evidente na forma penalizadora nos grupos sociais mais desfavorecidos, acentuando as desigualdades. A taxa de incidência de certas doenças depende do acesso diferenciado a cuidados de saúde preventivos e curativos, tal como da perceção que se tem da doença.

O cariz social da doença também se encontra na prática profissional. As classificações das doenças podem ser mais ou menos estigmatizantes, e tratamento mais ou menos medicamentoso, conforme o grupo social, sendo as diferenças mais evidentes para géneros diferentes e no caso de doenças mentais (Miles, 1991).

---

<sup>11</sup> Preâmbulo da Constituição da World Health Organization, adotada pela International Health Conference, New York, 19-22 junho, 1946; assinada em 22 Julho de 1946 pelos representantes de 61 países (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) e que entrou em vigor em 7 de Abril de 1948. Esta definição não foi alterada desde 1948.

Ao longo do tempo, a relação médico-doente tem sofrido várias alterações. Por um lado, as diferenças de estatuto social têm-se esbatido, havendo um maior envolvimento do doente na relação. Por outro, têm surgido novos atores sociais tais como associações de doentes, familiares e/ou amigos que se apoiam emocional e relacionalmente, bem como na organização de cuidados médicos e de assistência.

A par do esbatimento da desigualdade de poderes e saberes entre profissionais e pacientes, assiste-se também a uma capacitação do paciente, que lhe permite escolher o tipo de terapia mais apropriada para o seu caso o que contribui para uma maior adoção das terapias suaves tais como a homeopatia (Tavares, 2010).

Através da democratização do conhecimento é possível uma participação esclarecida, consciente e responsável. O processo de capacitação competente do paciente permite que as racionalidades e saberes leigos sejam integrados nas questões da saúde num processo de reflexividade mútua em que há alimentação de informação por parte de grupos, especialistas e do próprio paciente.

Este atravessar de fronteiras dos leigos para as instituições e das instituições para a vida dos cidadãos não será isento de conflitos. Num ambiente dominado pelos especialistas, onde a visão dos saberes leigos é frequentemente redutora, a construção de um saber comum baseado na partilha de saberes pode ser um processo árduo (Tavares, 2010). Com o objetivo de promover o esclarecimento do público e promover a sua participação, vários países europeus (Inglaterra, Dinamarca, Alemanha e França) têm vindo a organizar debates públicos sobre as questões do funcionamento do Sistema de Saúde (Garros, 2000).

Em Portugal, a cultura da democracia participativa não é muito expressiva, sendo ainda raros os casos em que os cidadãos participam em debates públicos sobre questões de saúde. Para que tal aconteça a instituição de saúde deve liderar o processo, abrindo-se à comunidade através de projetos, da dinamização de grupos locais ou de autarquias. A promoção comunitária da saúde, na medida em que permite a integração de saberes leigos, embora possa ser vista pelas instituições como um atentado à hegemonia da sua autoridade, é uma poderosa ferramenta potenciadora da emancipação e carregada de forças construtivas (Tavares, 2010).

## CAPÍTULO II: ESTUDOS DE SAÚDE ADVENTISTAS

### **II.1. Breve História da Igreja Adventista do Sétimo Dia**

A igreja adventista de sétimo dia teve origem nos Estados Unidos, na cidade de Washington, New Hampshire, em meados do século XIX, quando um grupo de pessoas, oriundas de diferentes religiões, mas unidas pelo Cristianismo, fundou um movimento cristão que procurava na Bíblia resposta e orientação para todos os aspetos da vida. Era uma Igreja que preconizava a liberdade, a observância do sábado como dia de louvor (sabbath), a abolição da escravatura, a existência de pastores religiosos do sexo feminino, princípios de vida saudável e abstinência de consumo de tabaco e álcool<sup>12</sup>.

O grupo desenvolveu-se com a orientação de vários pastores, nomeadamente, da profetisa Ellen White, tendo-se disseminado pelos Estados Unidos e Europa, ainda no século XIX e, posteriormente, pelo resto do mundo. Atualmente contam-se cerca de 15 milhões de adventistas de sétimo dia por todo o mundo, praticando uma religião atenta não só às necessidades espirituais, como às necessidades pragmáticas do ser humano, pelo que foram implantadas milhares de escolas, hospitais, clínicas e fábricas de comida saudável com o objetivo de melhorar a qualidade de vida<sup>13</sup>.

### **II.2. Origem bíblica dos padrões alimentares adventistas**

Tendo os adventistas desde sempre procurado orientação prática na interpretação da Bíblia, é natural que os ensinamentos do Antigo Testamento tenham sido adotados e que os padrões alimentares sejam, portanto, muito semelhantes aos da religião judaica. Este assunto é profusamente abordado nos estudos do Biblical Research Institute (BRI), um organismo do General Conference of Seventh-day Adventists.

---

<sup>12</sup> Seventh Day Adventist Church, Disponível em <http://www.adventist.org/world-church/facts-and-figures/history/index.html>. Consultado em 4/10/2012

<sup>13</sup> Seventh Day Adventist Church, Disponível em <http://www.adventist.org/world-church/facts-and-figures/history/index.html>. Consultado em 4/10/2012

Shea (1988), investigador do BRI, considera que os padrões alimentares adventistas têm origem no Antigo Testamento, sendo referidos no Pentateuco, os cinco primeiros livros da Bíblia, que constituem a Torá, o livro sagrado dos judeus. A primeira referência é feita no livro dos Génesis, o primeiro do Pentateuco, quando são dadas instruções a Noé quanto aos animais que deve colocar na arca: sete casais de cada espécie animal considerada pura e um casal de cada espécie animal considerada impura. Nesta passagem bíblica não há qualquer especificação quanto à identificação de quais os animais considerados puros e quais os impuros.

No terceiro livro da bíblia, Levítico, encontra-se o maior texto normativo sobre este assunto. Os versículos 2-8 referem que os quadrúpedes apropriados para a alimentação devem ser simultaneamente ruminantes e de cascos fendidos, identificando o boi, o carneiro, a cabra, o veado, a gazela e o cabrito-montês, entre outros, como animais puros. No que diz respeito a aves, o Levítico refere inicialmente 20 aves como impuras, sendo que todas as aves de rapina são impuras. Posteriormente, a lei judia sistematizou as características das aves puras: papo, moela facilmente retirável e uma garra extra. Analogamente, os peixes considerados puros devem possuir simultaneamente escamas e barbatanas. Em relação a outros animais, existem quatro espécies de gafanhotos classificados como animais puros mas dada a dificuldade em distinguir as espécies de gafanhotos, estes raramente são consumidos. Estas prescrições do antigo testamento encontram seguimento no novo testamento, não havendo, portanto, diferença, neste aspeto, entre a religião judia e a cristã.

Shea (1988) refere que a origem histórica de alguns animais serem considerados puros é o facto de que eram os escolhidos, pelas antigas tribos de Israel em rituais de sacrifício no Monte Sinai, sendo os animais posteriormente integrados na alimentação, embora existam evidências de que a distinção entre animais apropriados e não apropriados para a alimentação já estaria enraizada nas tradições independentemente da prática destes rituais.

Rodriguez (1996), igualmente do BRI, considera que os ensinamentos do Antigo Testamento sobre a alimentação, atrás referidos, devem ser seguidos dado que as leis de Cristo se aplicam ao bem-estar físico tal como ao espiritual.

### II.3. Estudos de saúde adventistas da Universidade de Loma Linda

Os estudos de saúde adventistas têm sido desenvolvidos e divulgados por uma larga equipa de investigadores da Universidade de Loma Linda (ULL), na Califórnia, desde meados do século passado. Todas as informações constantes neste subcapítulo encontram-se disponíveis ao público em geral através do *site* da universidade<sup>14</sup>.

O motivo pelo qual os adventistas do sétimo dia têm sido objeto de muitos estudos relacionados com a saúde prende-se com o facto de terem um estilo de vida homogéneo, embora possam ter hábitos alimentares heterogéneos. Assim, enquanto na população em geral fatores como o consumo de álcool, tabaco e alimentos ricos em gorduras de origem animal, podem confundir, interferir ou mascarar resultados, entre os adventistas do sétimo dia esta questão não se põe. Não havendo características que possam distorcer resultados e havendo uma larga gama de hábitos alimentares, torna-se mais fácil tirar conclusões.

#### II.3.1. Cronologia dos estudos de saúde adventistas

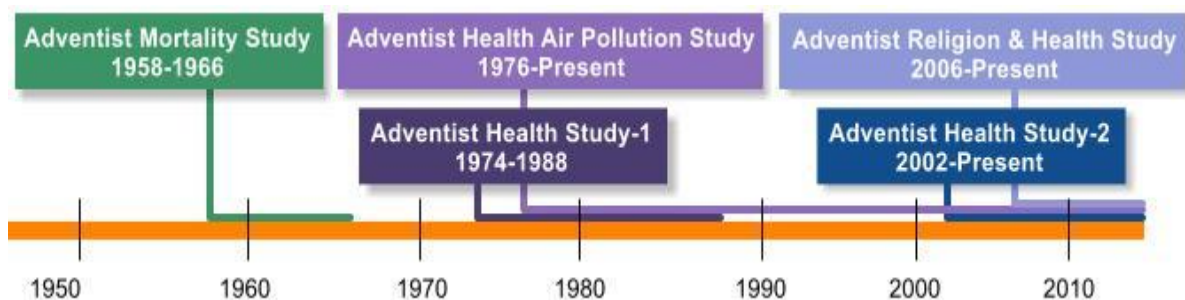


Figura II - 1 – Friso cronológico sobre estudos de saúde adventistas<sup>15</sup>

O primeiro estudo adventista de saúde, o Adventist Mortality Study, foi efetuado entre 1958 e 1966, em simultâneo com um outro da American Cancer Society,

<sup>14</sup> Loma Linda University, Adventist Health Studies. Disponível em <http://www.llu.edu/public-health/health/index.page>. Consultado em 1/5/2012

<sup>15</sup> Loma Linda University, Adventist Health Studies. Disponível em <http://www.llu.edu/public-health/health/index.page>. Consultado em 1/5/2012

que estudava a população não adventista, pelo que posteriormente foram feitas muitas comparações entre ambas as populações a respeito das principais causas de morte.

O Adventist Health Study – 1 (AHS-1) - que decorreu entre 1974 e 1988, foi o segundo grande estudo de saúde adventista. Tinha como objetivo o estudo da influência do estilo de vida adventista na proteção contra o cancro e, a partir de 1981, também foi introduzido o estudo das doenças cardiovasculares. Durante este período, foram inquiridas cerca de 34000 californianos adventistas. Subsidiariamente, está a decorrer desde 1976 o Adventist Health Air Pollution Study, que estuda a influência da exposição prolongada a poluentes atmosféricos na incidência de cancro, doenças coronárias e outras causas de morte.

Os resultados do AHS-1 indicam que os californianos adventistas vivem mais tempo que os não adventistas: mais 7,3 anos no caso dos homens e mais 4,4 anos no caso das mulheres. Neste inquérito, também foram identificados os cinco comportamentos que aumentam o tempo de vida: alimentação baseada em vegetais, nunca fumar, consumir frutos de casca rija várias vezes por semana, fazer exercício regularmente e manter o peso dentro dos valores considerados normais. A par destes resultados generalistas, resultou deste estudo a publicação de 85 artigos científicos sobre a influência dos comportamentos saudáveis no aparecimento, ou não, de doenças de coração (Jacobsen et al., 2011; Fraser, 2009), obesidade, perda de peso e massa corporal (Kyulo et al., 2011; Singh et al., 2011) e vários tipos de cancro (cancro do cólon: Zhang et al, 2012; cancro dos ovários: Kiani et al., 2006; cancro do pulmão: Cho et al., 2006).

Desde 2002 decorre o Adventist Health Study-2 (AHS-2), que pretende estudar a influência da dieta alimentar em conjunto com as causas de cancro, diabetes doenças cardíacas, Alzheimer e artrite, reunindo cerca de 96000 participantes dos Estados Unidos e do Canadá, com o apoio do National Cancer Institute/National Institutes of Health, US Department of Agriculture e World Cancer Research Fund. A par do AHS-2 decorrem mais dois estudos: “Minority Populations: Black/African Americans” e “Adventist Religion and Health Study”. O primeiro pretende descobrir o porquê da diferente prevalência de certas doenças na população afroamericana em relação à restante população americana, ao mesmo tempo que estuda o modo de superar barreiras históricas, no trabalho com a comunidade negra, em contexto de investigação; no

segundo caso, o objetivo é relacionar práticas religiosas com acontecimentos stressantes da vida pessoal e social, e também com a saúde.

### II.3.2. Perfil da amostra do AHS-2

Como já foi referido, a amostra em estudo é constituída por 96000 participantes repartidos pelos 50 estados dos Estados Unidos e também pelo Canadá. Têm idades compreendidas entre os 15 e os 112 anos, sendo 65,1% de mulheres, com idade média de 60, 2 anos. Em termos étnicos são 65,3% de caucasianos, 26,9% afro-americanos e percentagens residuais de outras etnias. A tabela 2 resume os hábitos alimentares da população estudada.

Tabela 2 – Caraterização alimentar da amostra estudada pelo AHS-2

<b>Padrão alimentar</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Alimentação</b>
Vegan	8%	Não consomem carnes vermelhas, aves, peixe, laticínios ou ovos
Lacto-ovo-vegetariano	28%	Consomem leite e/ou ovos mas não consomem carnes vermelhas ou aves
Pesco-vegetariano	10%	Consomem peixe, ovos e/ou leite; consomem carnes vermelhas ou aves menos que uma vez/ mês
Semi-vegetariano	6%	Consomem carne, aves ou peixe pelo menos uma vez por semana
Não vegetariano	48%	Consomem carne, aves ou peixe, leite e ovos mais que uma vez por semana

Há ainda a considerar que apenas 1,1% dos inquiridos fuma com regularidade e 6,6% consome regularmente bebidas alcoólicas.

### **II.3.3. Metodologia do AHS-2**

A metodologia do AHS-2 consiste em cada participante, inicialmente, preencher um inquérito com cerca de 50 páginas (enviado e devolvido pelo correio) que de dois em dois anos vai sendo atualizado pelo próprio com as eventuais hospitalizações, diagnósticos de cancro, doenças cardíacas, diabetes ou AVC's que possam ter surgido. Após a receção dos inquéritos, a equipa responsável desloca-se a cada hospital/centro de saúde referido para confirmar todos os dados de saúde mencionados pelos participantes. Os dados são tratados das mais diversas formas, tanto são objeto de tratamento estatístico geral (p. ex. estudos de comparação de peso de vegetarianos e não vegetarianos, nas mesmas condições de idade e altura), como são objetos de estudos mais aprofundados sobre um determinado assunto mais específico (p. ex. relação entre a ingestão de determinados vegetais com o aparecimento ou não de pólipos intestinais).

Quando foi feito o AHS-1 foram efetuadas investigações dentro da amostra estudada, bem como estudos comparativos entre adventistas e população em geral. Neste AHS-2, tendo em conta a grande homogeneidade em termos de hábitos gerais de saúde, nomeadamente o pouco consumo de tabaco e álcool que poderiam introduzir interferências nos resultados encontrados e o largo espectro de padrões alimentares, os estudos comparativos vão cingir-se à amostra estudada. Prevê-se que o AHS-2 tenha a duração de 15 a 20 anos

### **II.3.4. Resultados preliminares do AHS-2**

Apesar de este estudo estar ainda a decorrer, já existem alguns resultados preliminares. Estes indicam que existe uma diminuição progressiva de peso dos indivíduos à medida que o carácter vegetariano da sua alimentação aumenta.

À data deste trabalho existia um total de 348 artigos publicados sobre o AHS-1 e o AHS-2, sendo que 48 diziam respeito ao AHS-2 [1].

A título de exemplo citam-se:

- Comparando com os outros adventistas, os negros têm mais casos de diabetes de tipo 2, AVC, e tensão arterial alta, mas menos casos de enfisema, enfarte de miocárdio, ataque cardíaco, fibromialgia e colesterol alto (Montgomery et al., 2007);

- A obesidade é mais frequente entre a população inquirida negra que entre a população não negra (35% vs 22%) (Montgomery et al., 2007);

- A população negra adventista refere ter melhor qualidade de vida física e mental que a média da população americana (Montgomery et al., 2007);

-A população adventista revela melhor saúde mental que a não adventista, sendo este efeito mais visível nos grupos mais idosos que nos grupos mais jovens (Lee et al., 2008);

- Entre a população que consome pouca proteína de origem vegetal, o risco de fratura do pulso diminui à medida que aumenta o consumo de carne, enquanto na população vegetariana este risco diminui com o aumento do consumo de proteína vegetal (Thorp et al., 2008);

- Homens e mulheres vegan de 55 anos pesam cerca de quinze quilos a menos que os não vegetarianos com a mesma altura<sup>16</sup>; para além disso, a prevalência de colesterol, diabetes tipo 2, tensão alta e síndrome metabólico diminuem quanto mais vegetariano for o regime alimentar (Fraser, 2009);

- A diferença de 5 unidades no IMC entre os vegan e os não vegetarianos indica que o vegetarianismo tem um potencial substancial na proteção contra a obesidade; quanto mais próximas as dietas forem do vegetarianismo maior é a proteção contra a diabetes tipo II (depois de ter em conta o respetivo estilo de vida e o IMC); as dietas pesco-vegetarianas e semivegetarianas oferecem proteções intermédias (Tonstad et al., 2009);

- As dietas vegetarianas (vegan, lacto-ovo-vegetarianas ou semivegetarianas) estão associadas a reduções substanciais e independentes na incidência de diabetes. Junto da população negra a proteção da dieta vegetariana é tão grande quanto o acréscimo de risco associado à etnia (Tonstad et al., 2011);

- Grandes consumos de legumes cozidos, leguminosas, arroz integral e frutos secos estão relacionados com baixos níveis de formação de pólipos intestinais, percursos do cancro do cólon (Tantamango et al., 2011);

- A obesidade aos vinte anos aumenta o risco de alguns problemas específicos do sistema reprodutivo mas não aumenta o risco de aborto (Jacobsen et al., 2012);

---

<sup>16</sup> Disponível em [http://www.llu.edu/public-health/health/lifestyle\\_disease.page](http://www.llu.edu/public-health/health/lifestyle_disease.page) Consultado a 16/12/2013

- Os vegetarianos, e especialmente os vegan de diferentes características mas dieta estável, apresentam valores inferiores de pressão arterial sistólica e diastólica e também apresentam menor prevalência de hipertensão que os omnívoros. Este facto é parcialmente devido ao menor Índice de Massa Corporal (Petersen et al., 2012);

- As dietas vegetarianas parecem conferir proteção contra o cancro: as dietas vegan parecem proteger contra as formas de cancro tipicamente femininas bem como contra os outros tipos de cancro em geral; as dietas lacto-ovo-vegetarianas parecem proteger contra os cancros do trato gastrointestinal. (Tantamargo-Bartley et al., 2013);

- A obesidade ( $IMC > 32,5 \text{ kg/m}^2$ ), e em menor escala a extrema magreza ( $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), aos vinte anos, aumentam a probabilidade de nunca dar à luz um nado-vivo (Jacobsen et al., 2013).

Para além de estudar os impactes da alimentação ao nível da saúde, mais recentemente, a ULL tem investigado as implicações que as escolhas alimentares têm em termos ambientais (Marlow et al., 2009), tendo concluído que uma alimentação vegetariana consome 2,9 vezes menos água, 2,5 vezes menos energias primárias, 13 vezes menos fertilizantes e 1,4 vezes menos pesticidas para ser produzida que a não-vegetariana.

Também Willett (2003), Craig, (2009), Reijnders e Soret, (2003) têm publicações referenciais sobre o tema da saúde/padrões de alimentação adventista. As conclusões destes estudos corroboram as dos estudos feitos pela ULL: a alimentação vegetariana tem um impacto positivo na saúde e um impacto menos negativo no ambiente, em termos da sua produção.

## **PARTE II – OBJETIVOS, METODOLOGIA E RESULTADOS**

### **CAPÍTULO III: OBJETIVOS E METODOLOGIA**

As crescentes pressões climáticas que o planeta tem vindo a sofrer, aliadas à escassez de recursos energéticos, tem tornado cada vez mais clara que a necessidade de se tomarem decisões, a vários níveis, que permitam manter a sustentabilidade da biosfera. Tendo em consideração que a indústria e os transportes são os setores que mais consomem energia (DGEG, 2010) e recursos naturais, e que o setor da agricultura é dos

que mais consome água e energia, poluindo os solos e o ar (Marlow, 2009), as escolhas que se fazem em termos alimentares tornam-se cada vez mais importantes na medida em que se repercutem ao nível da biosfera, da hidrosfera, da geosfera e da atmosfera.

Neste contexto, pretendeu-se fazer um estudo dos hábitos de saúde e alimentares de uma comunidade de adventistas do sétimo dia, com o objetivo de comparar os seus níveis de saúde com os da população portuguesa em geral, no sentido de apurar os comportamentos de saúde que conduzem a uma melhor saúde e melhor qualidade de vida. Para isso fez-se um inquérito que foi aplicado a uma amostra da população de adventistas do sétimo dia, de modo a obter dados sobre padrões alimentares, que podem variar entre vegan a não vegetariano, sobre a prática de exercício físico, os hábitos de consumo de álcool ou tabaco e ainda sobre existência de doenças tais como cancro, doenças cardíacas, diabetes e tensão alta. Posteriormente, os valores obtidos foram comparados com os do Inquérito Nacional de Saúde, feito pelo INE em 2005/2006 (publicados em 2009). Na medida do possível foram feitas comparações com os resultados do AHS-2. Paralelamente, também se inquiriu a referida população sobre a sua perceção da influência do seu padrão alimentar na sustentabilidade ambiental.

### **III. 1. Ferramenta metodológica**

No mundo académico, muitas são as discussões sobre os métodos e técnicas de investigação bem como sobre as suas vantagens e desvantagens (Carmo; Ferreira, 2008). Alves-Mazzotti (2006), a respeito das classificações defendidas por Yin e Stake dos Estudos de Caso, defende que “os critérios para avaliação de estudos de caso existem [...e ...] parece haver acordo sobre o fato, amplamente aceito pela comunidade acadêmica, de que o estudo de caso qualitativo constitui uma investigação de uma unidade específica, situada em seu contexto, selecionada segundo critérios predeterminados e, utilizando múltiplas fontes de dados, que se propõe a oferecer uma visão holística do fenómeno estudado” (2006:650).

A partir do universo da comunidade adventista e tendo selecionado os frequentadores da Igreja adventista de Sétimo Dia do Bom Fim, no Porto, por motivos de conveniência, efetuou-se um estudo quantitativo, tendo por base o estudo de caso da referida comunidade portuense. Para tal constituiu-se um inquérito por questionário (em

Anexo) com indicadores selecionados a partir das nossas preocupações que resultaram da construção teórica em torno dos campos da alimentação, saúde e sustentabilidade, e também os resultados do INS e do AHS-2.

### III. 2. Amostra

Como já foi referido optou-se por fazer um estudo de caso dadas as dimensões do universo da comunidade adventista. Para tal deslocámo-nos à Igreja Adventista de Sétimo Dia do Bom Fim, num dia previamente combinado com os dirigentes da igreja, ficando a nossa amostra determinada pelas pessoas maiores de 18 anos que compareceram no serviço religioso nesse dia.

A amostra é constituída por 72 mulheres e 35 homens, num total de 107 pessoas, o que representa 67,3% de mulheres e 32,7% de homens, distribuídos por faixas etárias, também semelhantes ao INS e ao AHS-2, conforme se encontra representado na Fig. III -1.

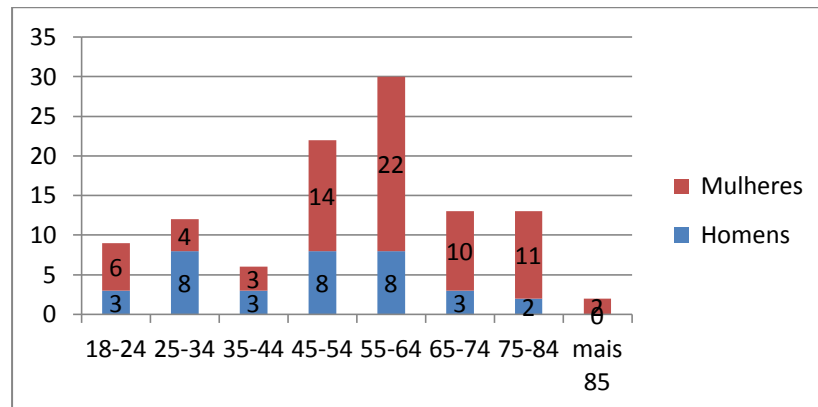


Figura III - 1 – Constituição da amostra, por faixa etária.

### III. 3. Inquérito

#### III.3.1. Conteúdo do questionário

Para se chegar ao texto final do inquérito a aplicar (em Anexo), foi feito um estudo aprofundado do Inquérito Nacional de Saúde<sup>17</sup> e do Adventist Health Study-2, do

<sup>17</sup> O Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, cujo trabalho de campo decorreu entre fevereiro de 2005 e fevereiro de 2006, no cumprimento das recomendações nacionais (Conselho Superior de Estatística) e internacionais (Eurostat) tinha como objetivo assegurar a obtenção de indicadores de saúde

qual resultou a seleção das questões comuns a ambos, que foram consideradas as adequadas a esta investigação, por permitirem um estudo comparativo. Assim, foram selecionadas questões sobre: idade, sexo, peso e altura; percepção de estado de saúde geral; doenças diagnosticadas por um médico nos 12 meses anteriores; medicação prescrita e tomada nos 12 meses anteriores; classificação de regime alimentar; tipos de alimentos consumidos e frequência do seu consumo; frequência de consumo de tabaco; frequência de consumo de bebidas alcoólicas; frequência da prática de atividade física; percepção de qualidade de vida. Foi ainda acrescentada uma questão ausente em ambos os referidos inquéritos (INS, AHS-2) sobre a percepção da contribuição do padrão alimentar e de saúde para melhorar a sustentabilidade ambiental.

### III.3.2. Pré Teste

O pré teste foi feito por aplicação do inquérito a quatro membros da Igreja Adventista de Sétimo Dia, frequentadores de outros templos, na mesma região, com o objetivo de avaliar o conteúdo e a formulação das questões e respostas. Deste pré teste resultou uma reformulação de alguns campos de respostas, nomeadamente no sentido de

---

num período quinquenal. O seu planeamento e realização foram da responsabilidade de uma parceria entre o INE (Instituto Nacional de Estatística) e o INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge).

O questionário foi desenvolvido e pré-testado de janeiro de 2001 a dezembro de 2004, sendo posteriormente aplicado à população de Portugal Continental e às Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, com base numa amostra-mãe (constituída por 52,2% de mulheres e 47,8% de homens), selecionada a partir dos dados do Censos 2001 (Recenseamento da População e Habitação 2001).

Os resultados são apresentados em quadros detalhados por sexo, faixa etária decenal e zona geográfica, estruturados por quatro áreas temáticas: estado de saúde doenças crónicas e incapacidades (estado de saúde auto percebido, peso e obesidade incapacidade temporária, incapacidade física de longa duração, doenças crónicas, sofrimento psicológico); cuidados de saúde e prevenção (consultas médicas, saúde oral, utilização de medicamentos, saúde reprodutiva, vacinação contra a gripe, monitorização do colesterol e tensão arterial elevada, doação de sangue, utilização dos subsistemas de saúde e seguros de saúde); determinantes da saúde relacionados com estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alimentos, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física); qualidade de vida (qualidade de vida auto percebida).

Desde 2009, data em que foram publicados, os resultados encontram-se disponíveis ao público em geral no *site* do INSA.

contemplarem a hipótese de resposta “Nunca”, em relação à frequência de consumo de álcool ou de tabaco. Por outro lado, foi alterado o design através da inserção de quadrículas onde colocar a cruz que assinala a resposta e também através da distribuição do texto em duas colunas, de modo a que a totalidade do questionário coubesse em duas páginas, o que resultou numa redução de 50% em consumo de papel, em relação ao inquérito inicial.

### **III.3.3. Contactos prévios com a IASD do Bom Fim, Porto**

A aplicação deste inquérito foi precedida de uma visita à Igreja Adventista de Sétimo Dia do Bom Fim (Porto), dia 6 de outubro de 2012, durante a qual foram contactados alguns atores chave, nomeadamente o responsável pela comunicação, com os objetivos de, num primeiro momento, apresentar o projeto de dissertação, num segundo momento, apurar se a população que constitui a amostra selecionada está na disposição de colaborar. Nesta visita foi solicitado o envio de uma mensagem escrita ao responsável da comunicação para que esta fosse analisada pelo Pastor da Igreja. Este mostrou-se recetivo à realização do inquérito, tendo posteriormente solicitado a possibilidade que analisar o documento em conjunto com a responsável da saúde na igreja, o que veio a acontecer em março de 2013. Ficou acordado que seria feita uma pequena apresentação do projeto, entre o fim da escola sabatina e o início do serviço religioso, após a qual o inquérito seria preenchido pelos presentes.

### **III.3.4. Aplicação do Inquérito**

O inquérito foi aplicado à população que compareceu no serviço religioso da Igreja Adventista de Sétimo Dia do Bom Fim no dia 3 de maio de 2013. Neste dia, a escola sabatina e o serviço religioso foram encurtados para que se pudesse fazer a apresentação e aplicação do inquérito. Durante a apresentação os participantes foram informados do motivo e objetivos do estudo, do conteúdo das questões (área de estudo), da composição da amostra e do tratamento de dados que se pretendia fazer. Em seguida os inquéritos foram distribuídos pelos presentes. As perguntas foram projetadas uma a uma, lidas e explicadas à medida que os presentes, maiores de 18 anos, iam assinalando as suas respostas. Deste modo todos os 107 inquéritos foram preenchidos e devolvidos no imediato.

### **III. 4. Contactos com a Universidade de Loma Linda**

Paralelamente, porque os resultados do AHS-2 não se encontram disponíveis ao público em geral, foi contactada a equipa responsável pelo AHS-2 na Universidade de Loma Linda, no sentido de que esta disponibilizasse os resultados não tratados do seu inquérito. Como esta disponibilização não foi possível, decidiu-se fazer as comparações possíveis com os poucos dados não tratados publicados em artigos científicos.

### **III. 5. Análise e tratamento de dados**

Os dados recolhidos foram inseridos numa folha de cálculo em Excel, sistematizando-os de modo análogo ao INS, por forma a permitir comparações. Assim, foram criadas duas tabelas para cada uma das questões do inquérito, correspondentes às respostas da população do sexo feminino e masculino. Dentro de cada tabela as respostas foram divididas por faixas etárias dos 18 - 24 anos, 24-34 anos, 35 – 44 anos, 45 – 54 anos, 55 – 64 anos, 65-74 anos, 75 – 84 anos e mais de 85 anos na maioria das questões. Em alguns casos as faixas etárias foram alteradas, nomeadamente na questão relativa à prática da atividade física, por corresponder a uma opção do INS. Por outro lado, o INS apresenta uma primeira faixa etária cujo limite inferior é de 15 anos. Tomou-se a decisão de só inquirir maiores de idade para evitar a necessidade de autorizações da parte das pessoas responsáveis pelos menores.

Analogamente, também foram feitas tabelas com os dados fornecidos pelo INS, correspondentes a questões equivalentes às do nosso inquérito.

A partir da base de dados constituída pelas referidas tabelas foram feitos os gráficos, apresentados no capítulo IV, que permitiram o estabelecimento de comparações.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

Neste capítulo proceder-se-á à apresentação dos resultados do inquérito aplicado à amostra da população que frequenta a Igreja Adventista de Sétimo Dia do Bonfim, no Porto, denominado Padrões de Saúde e Sustentabilidade na Comunidade Adventista,

2013, comparando-os com os resultados obtidos pelo Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, e com os do Adventist Health Study - 2, sempre que possível.

#### IV.1. Índice de Massa Corporal

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um índice de massa por altura, habitualmente usado para classificar a magreza, o peso normal, o sobrepeso e a obesidade, em adultos (WHO, 2013)<sup>18</sup>. É determinado através do cálculo da razão entre a massa do indivíduo (expressa em quilograma, kg) e a respetiva altura elevada ao quadrado (expressa em metro quadrado, m<sup>2</sup>). Assim, o IMC é expresso em kg/m<sup>2</sup>, calculando-se do seguinte modo:

$$\text{IMC} = \text{massa} / \text{altura}^2$$

Considera-se que o indivíduo se encontra em situação de magreza se tiver um IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Caso o valor de IMC se encontre entre 18,5 e 24,99 kg/m<sup>2</sup> o seu peso é considerado normal em relação à estatura, sendo todos os valores de IMC iguais ou superiores a 25 kg/m<sup>2</sup>

considerados situações de sobrepeso, ou mesmo obesidade, para valores de IMC iguais ou superiores a 30 kg/m<sup>2</sup> (WHO, 2013).

No contexto deste estudo, considerar-se-á o valor de IMC como o valor calculado pela autora a partir dos valores de massa (peso) e altura auto referidos pelos inquiridos.

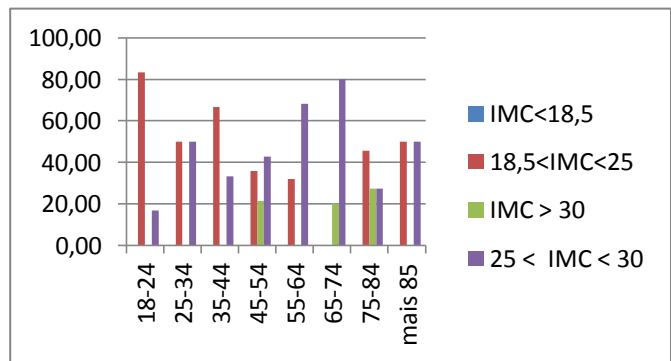


Figura IV - 3 – Percentagem de mulheres inquiridas em cada faixa de valores de IMC.

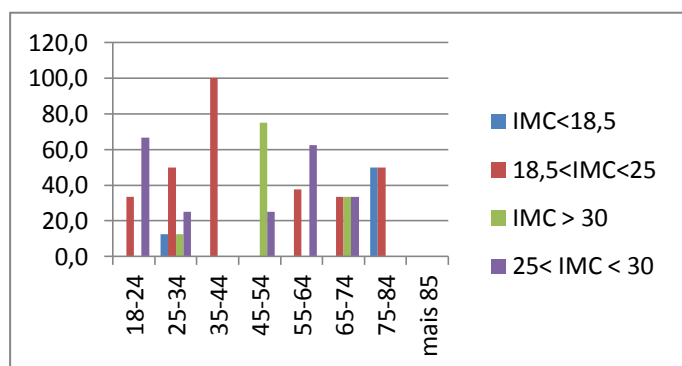


Figura IV - 4 – Percentagem de homens inquiridos em cada faixa de valores de IMC

<sup>18</sup> Embora os conceitos de massa e peso sejam distintos e de diferente natureza física, as palavras peso e massa serão ambas usadas para designar o que na física se considera como sendo o conceito de massa, dado que na linguagem do dia-a-dia se utiliza a palavra peso e o verbo pesar, para designar a massa e o ato de medir a massa.

Verificou-se que um total de 11,1% das mulheres e 22,9% dos homens inquiridos eram obesos, por terem referido pesos e respetivas alturas compatíveis com  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ , sendo a faixa etária dos 75 aos 84 anos a de maior prevalência de obesidade na população feminina (27,3%, Figura IV - 1) e a dos 45 aos 54 anos, na população masculina (75%, Figura IV - 2).

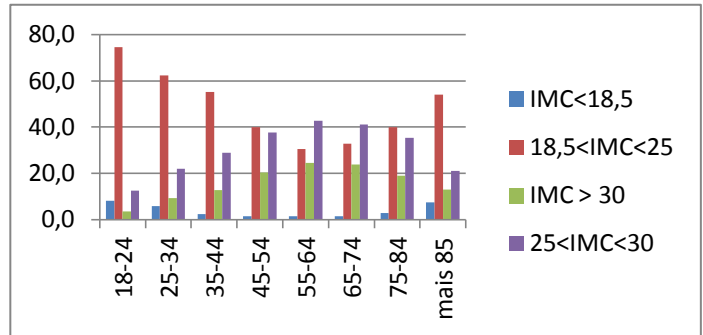


Figura IV- 3 – Percentagem de mulheres portuguesas (INS,2009) em cada faixa de valores de IMC.

A nível nacional, a percentagem de obesos do sexo feminino é de 16,0% e do sexo masculino é de 14,3%. A faixa etária em que a doença atinge maior número de indivíduos é a dos 55-64 anos (24,5%, Figura IV - 3), para a população do sexo feminino, e dos 55-64 anos (21,8%, Figura IV - 4) para a do sexo masculino.

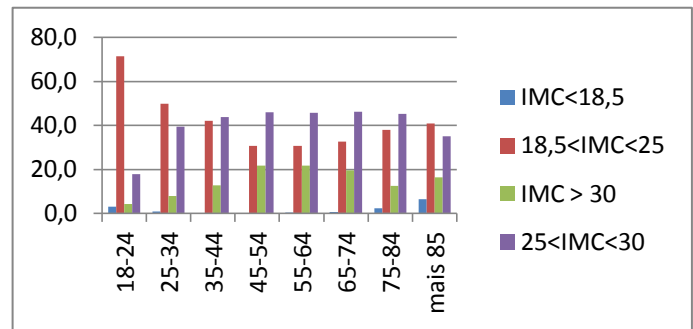


Figura IV- 4 – Percentagem de homens portuguesas (INS,2009) em cada faixa de valores de IMC.

Da análise das Fig IV - 1 e Fig IV - 2, é evidente o facto de que, entre a população inquirida, para além da obesidade existe uma percentagem ainda maior de população que não sofrendo de obesidade, tem sobrepeso, caracterizado por um valor de  $25 \leq IMC \leq 30 \text{ kg/m}^2$ . O total de população inquirida sofrendo de sobrepeso é de 51,4% para sexo feminino e de 34,3% para o sexo masculino. As faixas etárias em que se verifica maior percentagem de inquiridos com sobrepeso são de 55-64 e 65-74 anos (68,2% e 80,0% respetivamente) para os inquiridos do sexo feminino e 18-24 e 55-64 anos (66,7% e 62,5% respetivamente), para o sexo masculino.

Fazendo uma leitura equivalente para as Fig IV 3 e Fig IV - 4, verifica-se que 31,2% da população portuguesa do sexo feminino e 40,6% da do sexo masculino têm sobrepeso. Entre a população do sexo feminino a prevalência de prevalência de sobrepeso vai evoluindo de modo crescente desde 12,6% (18-25 anos) até 42,8% (55-64 anos), mantendo-se nos 41,2% na seguinte faixa etária (65-74 anos), baixando gradualmente até

atingir 21,0% (85 ou mais anos). Em relação à população portuguesa do sexo masculino, a prevalência de sobrepeso também aumenta gradualmente mas até à faixa etária de 65-74 anos em que apresenta um valor de 46,3%. É de salientar que entre os homens o sobrepeso é mais significativo que entre as mulheres mantendo valores sempre entre os 35,2-46,3% desde os 25-34 anos até aos 85 ou mais.

Em resumo, existe uma maior percentagem de população inquirida do sexo feminino com  $25 < \text{IMC} < 30$  que na população portuguesa em geral (51,4% vs 31,2%) enquanto, no que concerne a obesidade ( $\text{IMC} > 30$ ), a situação é a inversa: 16,0% da população portuguesa do sexo feminino refere peso e altura compatíveis com uma situação de obesidade, o que só se verifica em 11,1 % da população feminina inquirida. No setor masculino verifica-se uma situação contrária ao setor feminino: a população inquirida apresenta maior percentagem de obesos (22,9% vs 14,3%) e menor percentagem de pessoas apenas com sobrepeso (34,3% vs 40,6%).

A percentagem de inquiridos com falta de peso em relação à altura ( $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ) é de 0% para a população do sexo feminino e 5,7% para a população do sexo masculino enquanto na população portuguesa estes valores atingem respetivamente 3,3% e 1,0%.

No que diz respeito à percentagem de população inquirida que indicou peso e altura correspondentes ao IMC considerado normal ( $18,5 < \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$ ), esta cifrou-se em 37,5% para o sexo feminino e 37,1% para o sexo masculino, enquanto para a população portuguesa em geral esses valores representam 48,4% e 42,4%, respetivamente. Fazendo a média pesada em relação à composição das amostras em termos de género conclui-se que a percentagem total da amostra inquirida cujo valores de IMC se situam dentro do intervalo considerado normal é de 37,4%, sendo este valor de 45,7% para a generalidade da população.

#### **IV.2. Autoapreciação do estado de saúde**

Por analogia ao INS, no âmbito desta questão foi pedido à população inquirida que classificasse o seu estado geral de saúde como “Muito Bom ou Bom”, “Razoável” e “Mau ou Muito Mau”. Os resultados obtidos encontram-se resumidos nas FIG IV – 5 e Fig IV - 6.

O total dos inquiridos do sexo feminino que classificaram o seu estado geral de saúde como Muito Bom ou Bom representam 37,5% da amostra, enquanto 59,7% o considerou como Razoável e apenas 2,8% como Mau ou Muito Mau. Globalmente, verifica-se melhor percepção do estado de saúde nas faixas etárias mais baixas, com maiores percentagens de respostas de Muito Bom ou Bom que Razoável dos 15 aos 44 anos e inexistência de respostas de Mau ou Muito Mau.

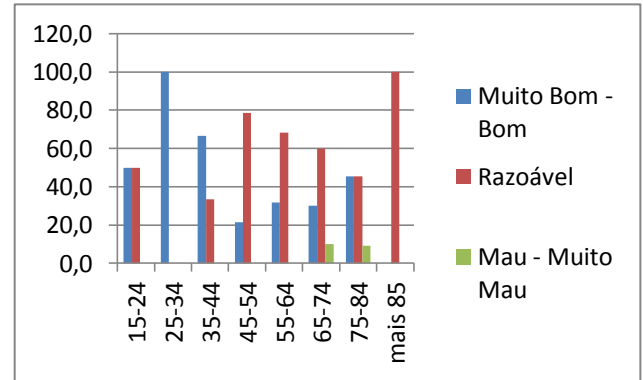


Figura IV-5 – Autoapreciação do estado geral de saúde das mulheres inquiridas (%).

A percepção do estado de saúde dos homens inquiridos é melhor que a das mulheres, sendo 65,7% os que o consideram Muito Bom ou Bom, 34,3% Razoável e 0% a considerarem-no Mau ou Muito Mau. Na faixa etária dos 15 aos 24 anos a totalidade da amostra classificou o seu estado de saúde como Muito Bom. Nas seguintes faixas etárias verifica-se uma prevalência de respostas de Muito Bom ou Bom sempre superior a 50%, sendo que não houve qualquer resposta de Mau ou Muito Mau.

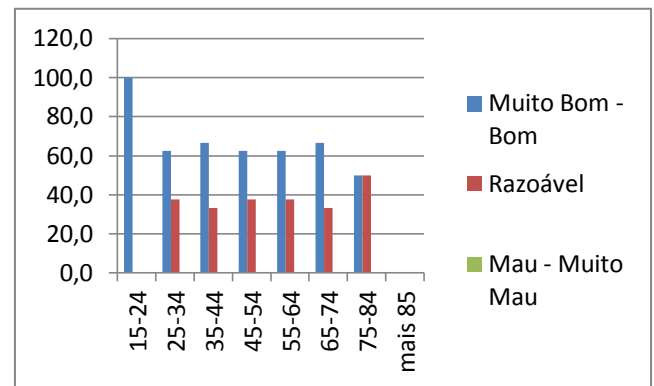


Figura IV-6 – Autoapreciação do estado geral de saúde dos homens inquiridos (%).

A nível nacional a percepção do estado geral de saúde das mulheres também é pior que a dos homens (Fig IV - 7 e Fig IV – 8), com 47,6% do total das mulheres a considerar o seu estado de saúde Muito Bom ou Bom, 35,1% Razoável e 17,2% Mau ou Muito Mau.

Tal como no caso da população inquirida, a nível nacional os homens também têm uma percepção do seu estado de saúde mais favorável que as mulheres, com 59,6% da população a considerar o seu estado de saúde Muito Bom ou Bom,

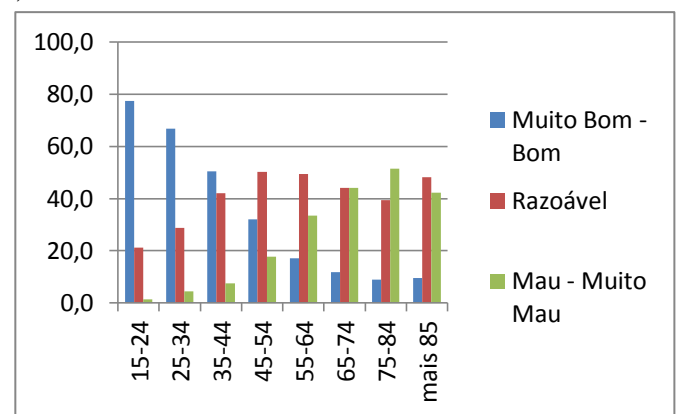


Figura IV – 7 – Autoapreciação do estado geral de saúde das mulheres portuguesas (INS,2009) (%).

30,1% Razoável e 10,3% Mau ou Muito

Mau.

Fazendo a análise comparativa entre as duas populações verifica-se que a população inquirida tem uma melhor perceção do seu estado de saúde que a população portuguesa em geral.

A principal diferença verifica-se nas respostas de “Mau ou Muito Mau”, classificação autoatribuída por 17,2% da generalidade das mulheres portuguesas e por apenas 2,8% das

mulheres inquiridas. Junto da população portuguesa do sexo masculino o estado de saúde foi classificado como “Mau ou Muito Mau” por 10,3% das pessoas enquanto nenhum dos homens inquiridos (0%) classificou o seu estado de saúde deste modo. Assim sendo, é natural que a perceção do estado geral de saúde da população inquirida seja bastante mais favorável que a da população portuguesa em geral, com um total de apreciações positivas (Muito Bom ou Bom mais Razoável) de 97,2% para as mulheres e 100% para os homens enquanto estes valores na população portuguesa são de 82,7% e 89,7%.

Em ambas as populações verifica-se que com o a perceção de estado de saúde pior com o aumento da idade, diminuindo as percentagens gerais de Muito Bom ou Bom à medida que aumentam as de Razoável e Mau ou Muito Mau.

Efetuando a média pesada por género da população que declarou considerar o seu estado geral de saúde como Muito Bom ou Bom e Razoável, obtemos uma percentagem que pode indicar a percentagem global da população que tem uma opinião positiva em relação ao seu estado de saúde. Esse valor é de 98,1% junto da população inquirida e 86,0% junto da população portuguesa em geral.

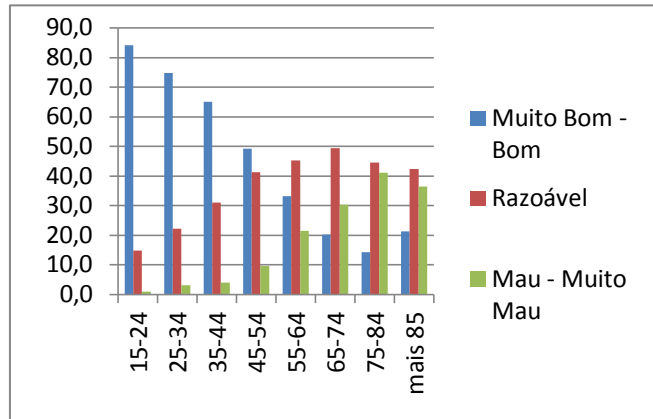


Figura IV – 8 – Autoapreciação do estado geral de saúde dos homens portugueses (INS),2009 (%).

### IV.3. Doença diagnosticada e/ou tratada

Foi perguntado aos inquiridos se, nos últimos 12 meses lhes tinha sido diagnosticado por um médico ou tinham recebido tratamento para alguma das doenças crónicas mencionadas (cancro, tensão arterial elevada, asma, enfarte de miocárdio, colesterol elevado, acidente vascular cerebral (AVC), enfisema/bronquite crónica, diabetes (tipo I e II), doença reumática, osteoporose).

Entre os inquiridos verificou-se menor prevalência de todas as doenças crónicas entre os homens que entre as mulheres, uma vez que um total de 45,8% das mulheres e 65,7% dos homens referiram não lhe ter sido diagnosticada qualquer uma das doenças mencionadas no questionário (Fig.IV- 9 e 10).

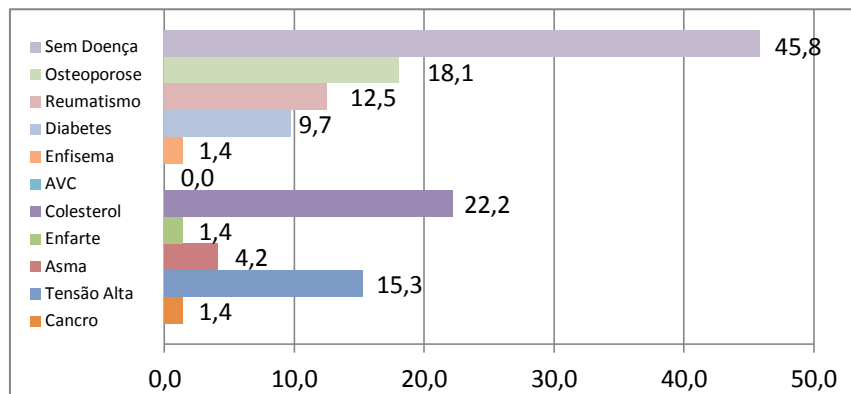


Figura IV - 9 – Prevalência de doenças crónicas e ausência de doença nas mulheres inquiridas (%).

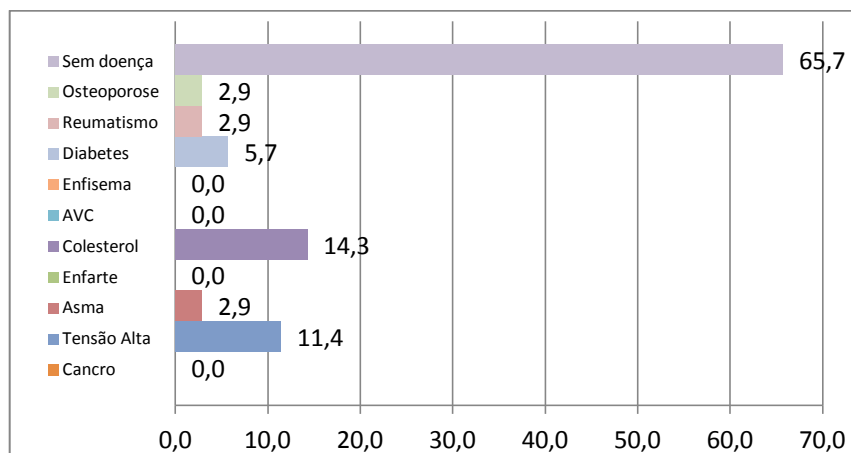


Figura IV – 10 – Prevalência de doenças crónicas e ausência de doença nos homens inquiridos (%).

As

doenças crónicas que mais afetam a população inquirida (Fig. IV - 9, 10, 11 e 12) são o colesterol (22,2% das mulheres; 14,3% dos homens), a osteoporose (18,1% das mulheres; 2,9% dos

homens), a tensão alta (15,3 % das mulheres; 11,4% dos homens), o reumatismo (12,5% das mulheres; 2,9% dos homens) e a diabetes (9,7% das mulheres; 5,7% dos homens).

Não existem dados no INS sobre a percentagem de população portuguesa a quem não foi diagnosticada qualquer doença crónica, nem para a percentagem de pessoas a quem foi diagnosticado colesterol alto. Para efeitos deste estudo, esse valor foi considerado igual ao da percentagem de pessoas que toma medicamentos para o colesterol, esse sim presente no INS. Assim, passaremos a fazer a análise comparativa do tipo de doenças crónicas que afetam as populações portuguesa e a inquirida.

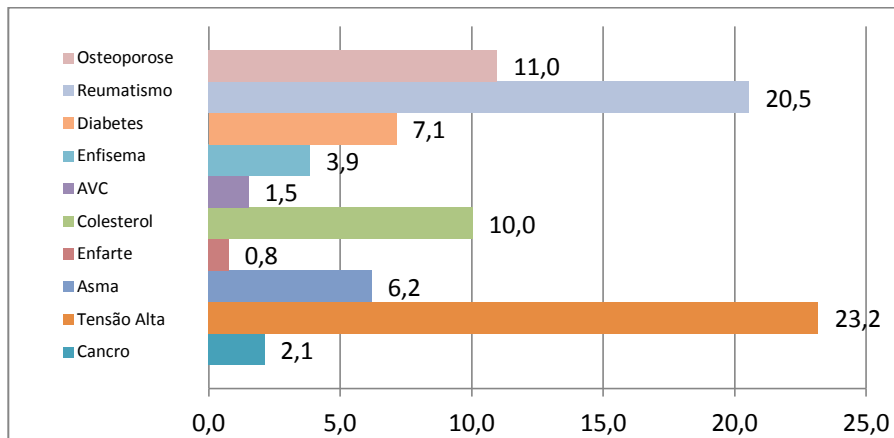


Figura IV – 11 – Prevalência de doenças crónicas nas mulheres portuguesas (INS,2009) (%).

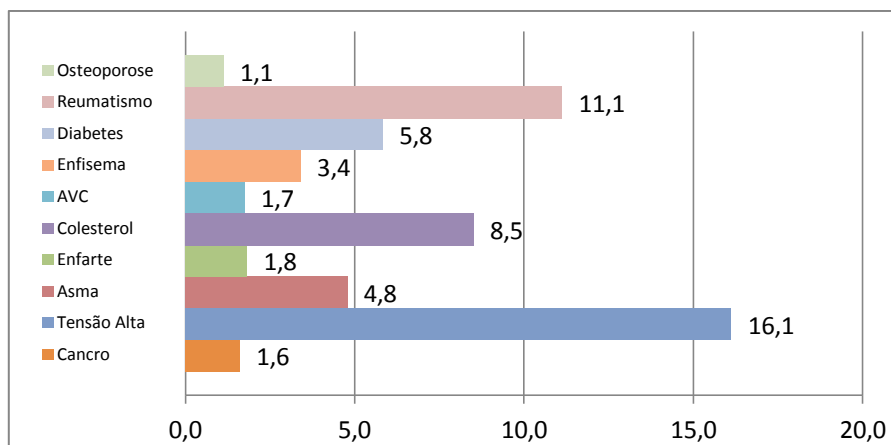


Figura IV – 12 – Prevalência de doenças crónicas nos homens portugueses (INS,2009) (%).

As doenças crónicas que afetam mais o total da população portuguesa (Fig.VI - 11 e 12) são a tensão alta (23,2% das mulheres; 16,1% dos homens), o reumatismo (20,5% das mulheres; 11,1% dos homens), o colesterol (10,0% das mulheres; 8,5% dos homens), a osteoporose (11,0% das mulheres; 1,1% dos homens) e a diabetes (7,1% das mulheres e 5,8% dos homens).

Em ambas as populações se verifica que as quatro doenças de maior prevalência (colesterol, osteoporose, tensão alta e reumatismo) são as mesmas, embora em diferentes proporções relativas.

Por outro lado, também em ambas as populações, as mulheres são sempre mais afetadas por qualquer das doenças crónicas que os homens. No entanto a população inquirida apresenta valores de percentagens inferiores de população afetada por todas as doenças, com exceção do colesterol e da osteoporose, o que pode ser explicado pela constituição etária da amostra inquirida.

De facto, a frequência de prevalência das doenças crónicas aumenta com a idade quer no caso da amostra inquirida quer no caso da população portuguesa em geral, sendo esse aumento mais acentuado a partir do grupo etário dos 45-54 anos. Tendo em conta que 74,7% (80 em 107; Fig III – 1) das pessoas que constituem a amostra inquirida se situa nas faixas etárias acima dos 45 anos, enquanto a percentagem equivalente de residentes no território nacional é de 41,6%, é natural que a população inquirida apresente uma percentagem mais alta de pessoas afetadas pelo colesterol e pela osteoporose. Por outro lado, como já foi referido, o valor da percentagem de pessoas que sofre de colesterol no país inteiro não corresponde à realidade, uma vez que esse valor não existe no INS e foi considerado igual ao das pessoas que são tratadas para essa doença, valor esse será sempre inferior ao valor real de pessoas com doença. Outro fator que influencia este valor é o facto de a amostra ser constituída por 67,3% de mulheres e 32,7% de homens, tendo as mulheres portuguesas muito maior propensão para sofrer de osteoporose que os homens (11,0% vs 1,1%, Fig IV - 11 e 12) e sendo também mais afetadas pelo colesterol que os homens (10,0% vs 8,5%, Fig IV - 11 e 12). A percentagem de homens inquiridos que sofrem de colesterol e de osteoporose também é superior à dos portugueses em geral (colesterol: 14,3% vs 8,5%; osteoporose: 2,9% vs 1,1%, Fig. IV - 10 e 12); estas diferenças são menos significativas e contribuem em menor proporção para as diferenças globais que no caso das mulheres, por estes serem em muito menor número que as mulheres (cerca de metade). Pode, assim, concluir-se que os fatores idade e género influenciam o resultado do inquérito no que diz respeito à percentagem de pessoas afetadas pelo colesterol e pela osteoporose.

No caso das restantes doenças que mais afetam a população portuguesa (tensão alta, reumatismo, diabetes e asma), os resultados evidenciam que a população inquirida é menos afetada que a globalidade dos residentes em Portugal (Tab. 3).

Tabela 3 – Prevalência de tensão alta, reumatismo, diabetes e asma na população inquirida e na população portuguesa em geral

	Amostra		INS	
	Mulher (%)	Homem (%)	Mulher (%)	Homem (%)
<b>Tensão Alta</b>	<b>15,3</b>	<b>11,4</b>	<b>23,2</b>	<b>16,1</b>
<b>Reumatismo</b>	<b>12,5</b>	<b>2,9</b>	<b>20,5</b>	<b>11,1</b>
<b>Diabetes</b>	<b>9,7</b>	<b>5,7</b>	<b>7,1</b>	<b>5,8</b>
<b>Asma</b>	<b>4,2</b>	<b>2,9</b>	<b>6,2</b>	<b>4,8</b>

#### VI.4. Doença para o tratamento da qual tomou medicamentos

No âmbito da questão 3, foi perguntado se, nos últimos 12 meses, a pessoa tinha tomado medicamentos, prescritos por um médico, para alguma das doenças/patologias referidas (Tensão Alta, Colesterol, Dores). As Fig.IV -13 e 14 apresentam o sumário dos resultados.

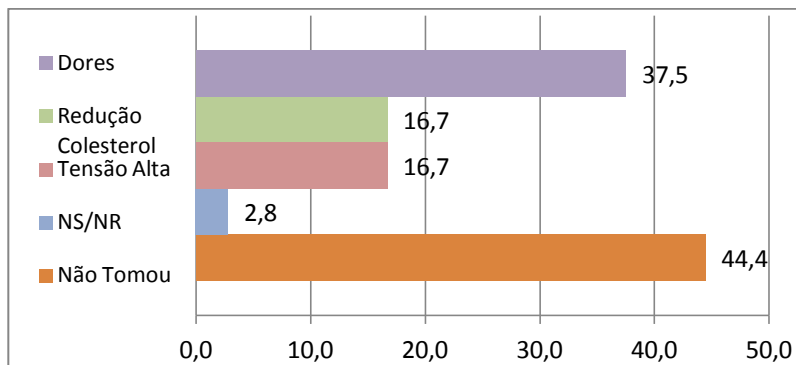


Figura IV – 13 - - Percentagem de mulheres inquiridas que não tomaram medicação ou que tomaram medicação para dores, redução de colesterol e tensão alta.

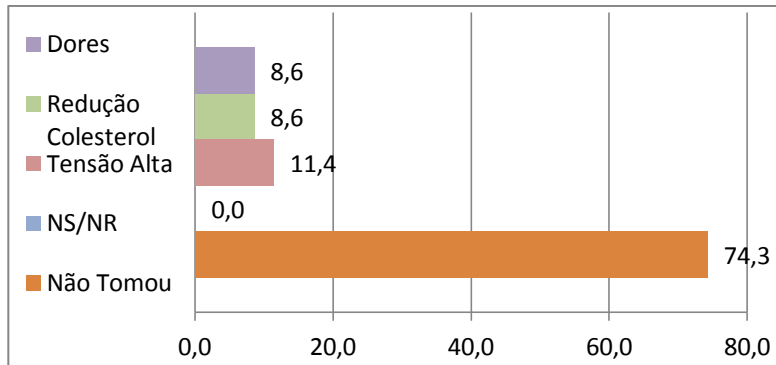


Figura IV– 14 - Percentagem de homens inquiridos que não tomou ou que tomou medicação para dores, redução de colesterol e tensão alta.

Globalmente, 54, 2% dos inquiridos não tomou medicamentos prescritos por um médico para qualquer das doenças/patologias indicadas, o que representa 74,3% dos homens e 44,4% das mulheres (Fig IV 13 e 14).

Verifica-se que tanto as mulheres inquiridas como a totalidade das mulheres residentes no país (Fig IV 15 e 16) consomem mais medicamentos que os homens do respetivo inquérito, o que coincide com o facto de mais mulheres que homens terem tido diagnóstico ou tratamento de doença crónica em ambos os casos, como já foi referido em **IV.3**. Em ambos os inquéritos as mulheres tomam mais medicamentos para as dores e os homens para a tensão alta.

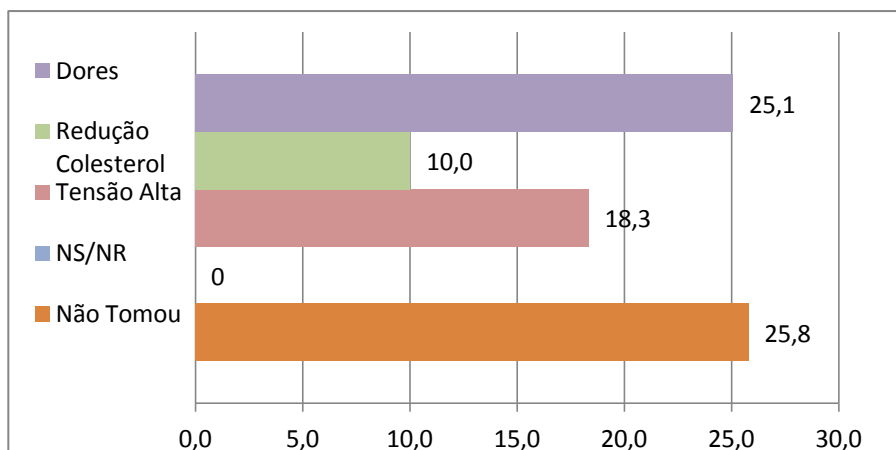


Figura IV – 15 – Percentagem de mulheres portuguesas que tomaram medicação para as dores, redução de colesterol e tensão alta (INS,2009).

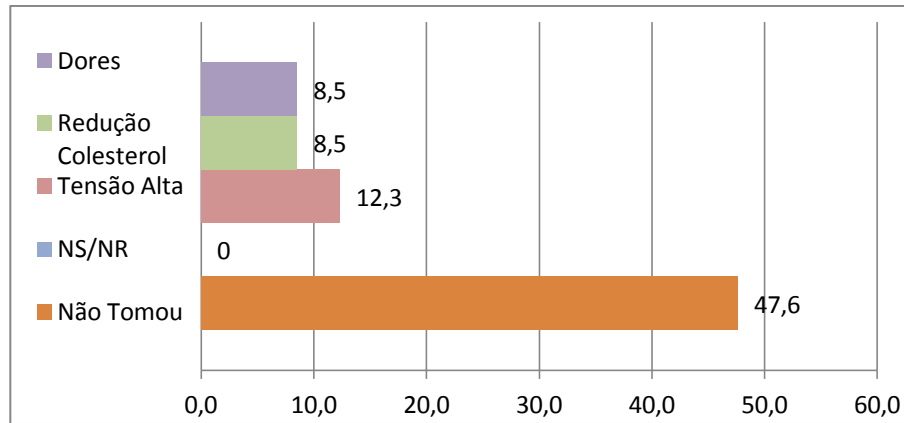


Figura IV – 16 – Percentagem de homens portugueses que tomaram medicação para as dores, redução de colesterol e tensão alta (INS,2009).

A percentagem total de população portuguesa que não toma medicamentos é de 36,2%, representando 25,8% das mulheres e 47,6% dos homens.

Também como consequência da questão anterior (**Cap IV.3**), é natural constatar-se que, em ambos os inquéritos e para ambos os géneros, a toma de medicamentos aumenta à medida que a idade dos inquiridos aumenta, correspondente ao aumento de doença diagnosticada a partir da faixa etária dos 45 aos 54 anos.

#### IV.5. Classificação do regime alimentar

A auto classificação de regime alimentar foi feita pelos inquiridos mediante as hipóteses de respostas pré-estabelecidas como vegan, ovo-lacto-vegetariano, pesco-vegetariano, semivegetariano (carne 1 x semana) e não vegetariano.

O regime alimentar da população inquirida foi classificado como não vegetariano por 44,4% das mulheres e 28,6% dos homens, enquanto 37,5% das mulheres e 42,9% dos homens declararam ser semivegetarianos, 8,3% das mulheres e 5,7% dos homens pesco-vegetarianos, 12,5% das mulheres e 14,3% dos homens ovo-lacto-vegetarianos e, finalmente, 0% das mulheres e 2,9% dos homens vegan. Analisando os gráficos das Fig. IV- 17 e 18, verifica-se que a população das faixas etárias mais jovens é predominantemente não vegetariana ou semivegetariana, mas a partir da faixa etária dos 45-54 anos surgem pesco-vegetarianos, ovo-lacto-vegetarianos e vegan, tanto entre a população do sexo feminino como na do sexo masculino.

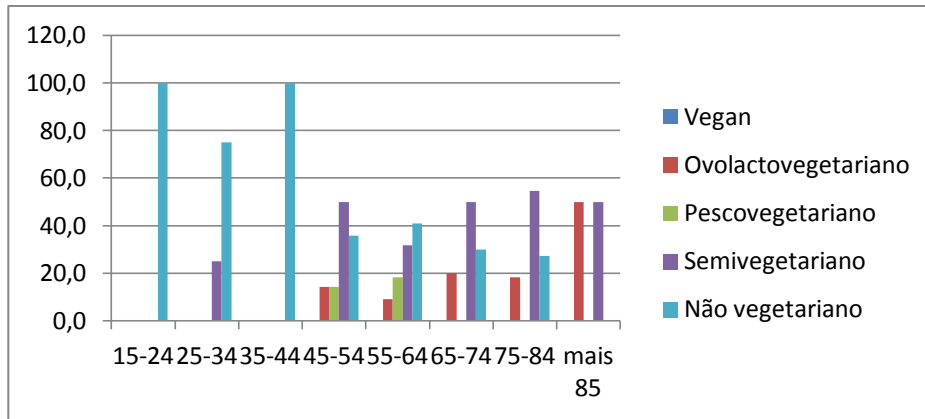


Figura IV- 17 – Auto classificação do regime alimentar das mulheres inquiridas.

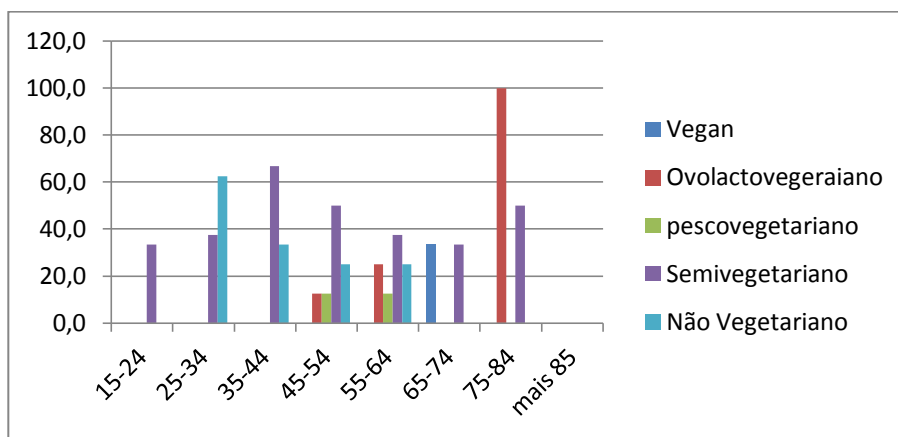


Figura IV – 18 – Auto classificação do regime alimentar dos homens inquiridos.

O INS (2009) não inquiriu sobre a classificação do regime alimentar mas sim sobre os alimentos consumidos habitualmente às principais refeições, pelo que não é possível a partir destes dados obter classificações semelhantes às do inquérito deste estudo. No entanto, a partir do facto de que 65,0% das mulheres e 69,5% dos homens afirmam comer carne às principais refeições, podemos que a proporção aproximada de não vegetarianos será de, pelo menos, esse valor, muito superior ao da população inquirida. Existe em comum o facto de o consumo de carne diminuir a partir da faixa etária dos 45-54 anos.

#### IV.6. Consumo de determinados alimentos

Analisando as Fig. IV – 19 e 20 verifica-se que, dos 16 alimentos referidos no questionário, aqueles que a população inquirida mais referiu consumir foram a fruta, as saladas ou vegetais crus, o pão, a sopa, os legumes cozidos, as leguminosas, o peixe, e o ovo.

No que concerne as diferenças alimentares consoante o género as mulheres consomem mais leguminosas, laticínios, peixe, legumes e sopa que os homens. Por outro lado, os homens consomem mais sumos, pão, massas, refrigerantes e batatas fritas. A fruta, a salada, o ovo, a carne e as sobremesas são consumidos em iguais proporções pela população de ambos os sexos.

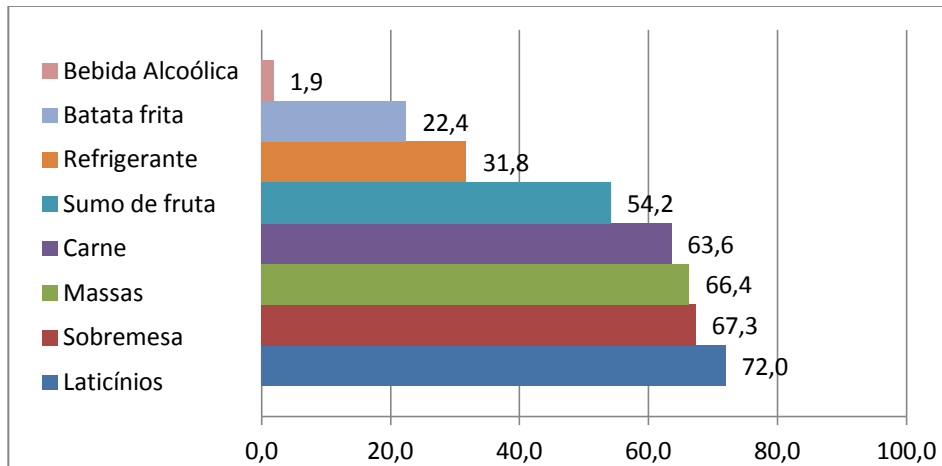


Figura IV – 19 – Alimentos referidos no questionário que a população inquirida menos refere consumir.

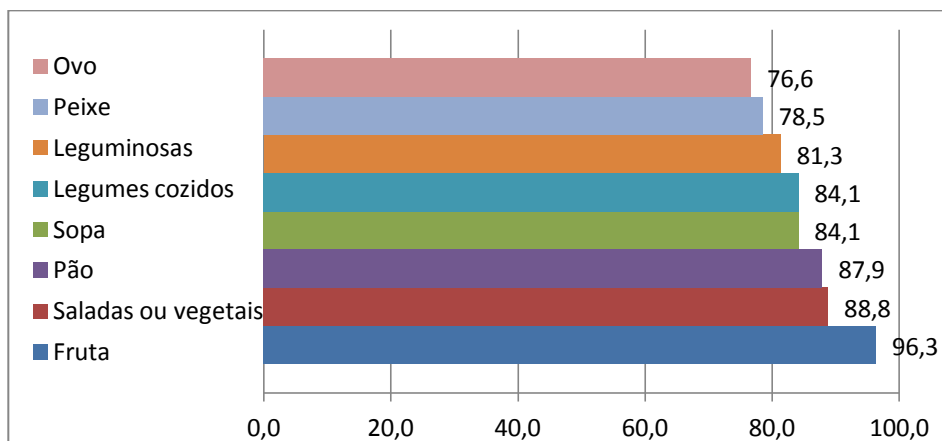


Figura IV– 20 – Alimentos referidos no questionário que a população inquirida mais consumir.

Para além do tipo de alimentos consumidos, a população inquirida também indicou a frequência de consumo dos mesmos. Assim, as periodicidades de consumo mais frequentemente indicadas foram de: 2 a 3 vezes por dia para a fruta, o pão e os laticínios; 1 vez por dia para as saladas ou os vegetais crus, a sopa, os legumes cozidos, as leguminosas, as sobremesas, as massas, os sumos de fruta e o refrigerante; 2 a 4 vezes por semana para o peixe, o ovo, e a carne; 1 a 3 vezes por mês para a batata frita.

O cruzamento entre a informação dos alimentos que mais pessoas referiram consumir e a frequência desse mesmo consumo revelou que os alimentos mais consumidos são a fruta, as saladas ou vegetais cozidos, o pão, a sopa, os legumes cozidos, as leguminosas e os laticínios, pois são aqueles a maior percentagem de inquiridos referiu consumir, fazendo-o com grande frequência (1 a 3 vezes por dia). As fontes de proteína de origem animal como a carne o peixe e os ovos são consumidos pela maioria dos inquiridos (63,6% a 78,5%), mas com baixa frequência (1 a 4 vezes por semana). De entre os restantes alimentos, são consumidas sobremesas por 67,3% dos inquiridos e os refrigerantes por 31,8%, em ambos os casos uma vez por dia; 22,4% dos inquiridos consomem a batata frita mas apenas o fazem 1 a 3 vezes por mês; 2 pessoas afirmaram consumir bebidas alcoólicas, uma delas uma vez por dia e a outra uma vez por mês.

Segundo o INS, o alimento consumido mais consumido às principais refeições pela população portuguesa é o pão (92%), seguido de batatas/arroz/massa (90%), leite/iogurte/queijo (86%), fruta e carne (80%), salada/legumes cozidos (69%), sopa (67%), peixe (49%), bolos/chocolates/sobremesa (31%), feijão/grão (25%), outros alimentos (21%).

A Fig IV – 21 faz um resumo comparativo da percentagem de população portuguesa em geral (INS,2009) e da população inquirida (Inquérito) que consome determinados alimentos. Para fazer um estudo comparativo com base nestes valores deveremos manter presente o facto de que os dados obtidos pelo INS são a resposta à questão “Que tipo de alimentos consumiu nas principais refeições, no dia anterior à entrevista?”, enquanto o inquérito do presente estudo pedia que se indicasse a frequência com que certos alimentos são consumidos. Assim, os valores indicados como resultados do Inquérito dizem apenas respeito à percentagem de pessoas que consome o alimento em questão, independentemente da frequência com a qual o fazem. Em relação a estes alimentos, foram seleccionadas as respostas correspondentes às frequências que variaram entre 2 a 3 vezes por dia a 1 a 3 vezes por mês (tendo sido eliminadas as respostas de nunca ou raramente), o que foi considerado pela autora como equiparável ao consumo habitual.

Analisando o gráfico tendo em conta a frequência de consumo, conclui-se que a população inquirida consome mais fruta, salada/legumes, sopa, peixe, sobremesa e leguminosas que a população portuguesa em geral, sendo evidente que consome menos carne, laticínios e pão. No que diz respeito ao consumo de batatas/arroz/massa a

comparação não é linear dado que o valor do inquérito diz respeito exclusivamente ao consumo de massa.

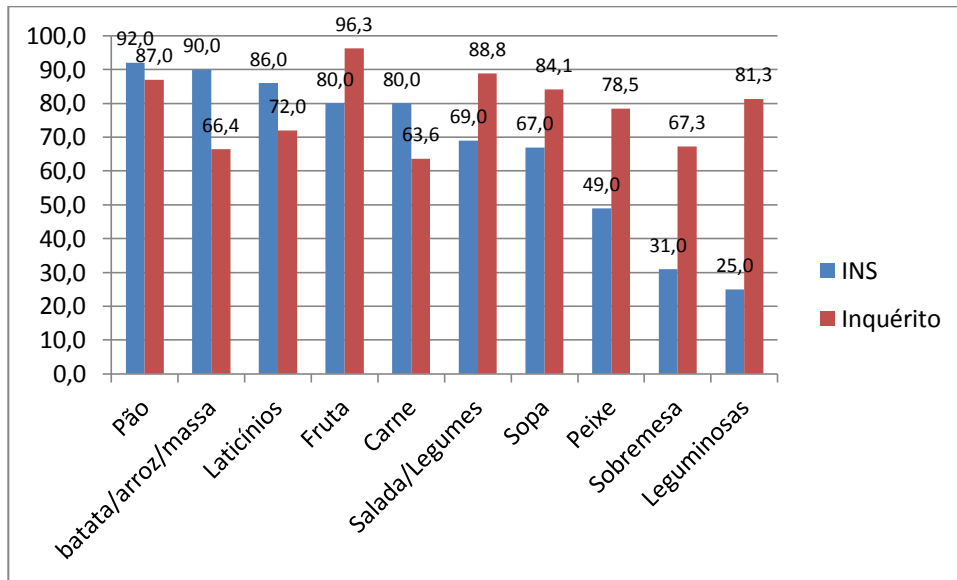


Figura IV- 21 – Percentagem da população portuguesa em geral (INS,2009) e de pessoas inquiridas que consomem determinados alimentos.

#### IV.7. Frequência de consumo de tabaco

Em resposta à questão sobre a frequência de consumo de tabaco, 100% da população inquirida indicou que nunca consumia tabaco.

O relatório do INS refere que, em 2005, 19,7% dos residentes em Portugal eram fumadores e que destes 10,7% apenas o faziam ocasionalmente, enquanto 89,3% o faziam diariamente.

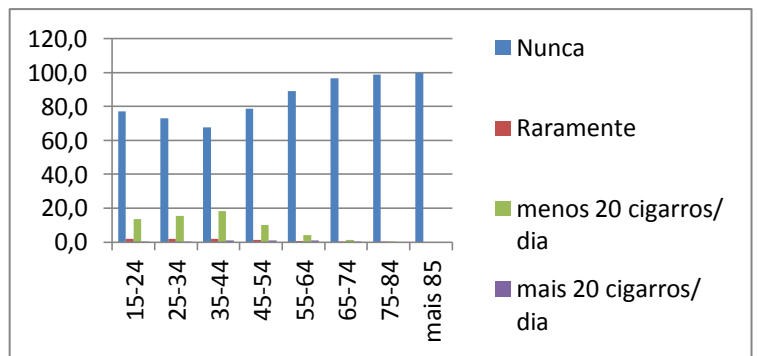


Figura IV – 22 – Percentagem de mulheres portuguesas fumadoras e não fumadoras (INS, 2009).

O consumo de tabaco é substancialmente diferente segundo o sexo dos indivíduos. A proporção de não fumadores é de 82,3% das mulheres e 40,3% dos homens. Os que raramente fumam representam

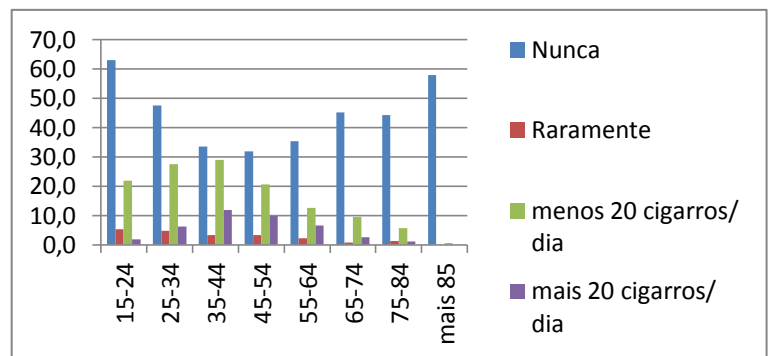


Figura IV - 23– Percentagem de homens portugueses fumadores e não fumadores (INS, 2009).

1,2 % das mulheres e 3,1% dos homens. Entre a população fumadora, os que fumam menos de 20 cigarros por dia representam 9,4% das mulheres e 19,0% dos homens enquanto os que fumam mais de 20 cigarros por dia representam 0,5 das mulheres e 6,1% dos homens. A faixa etária em que o consumo de tabaco é maior é a dos 35-44 anos, para ambos os sexos (Fig. IV – 22 e 23).

No aspeto do consumo de tabaco, as diferenças entre a população portuguesa em geral e a população inquirida são tão evidentes e significativas que tornam irrelevante qualquer tipo de comparação.

#### IV.8. Frequência de consumo de bebidas alcoólicas

Em resposta à questão sobre a frequência de consumo de bebidas alcoólicas os inquiridos deviam escolher uma das seguintes respostas: Nunca, Raramente, 1-2 vezes por semana, 3-4 vezes por semana e mais que 5 vezes por semana. A resposta foi “Nunca” para

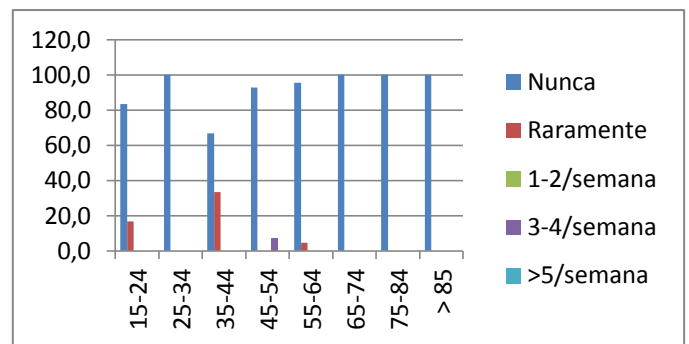


Figura IV – 24 – Percentagem de mulheres inquiridas que consomem ou não de bebidas alcoólicas e frequência do consumo.

94,4% das mulheres e 97,1% dos homens, “Raramente” para 4,2% das mulheres e 2,9% dos homens, 1% das mulheres e 0% dos homens responderam “3-4 vezes por semana”, mas ninguém respondeu “1-2 vezes por semana” ou “mais que 5 vezes por semana”.

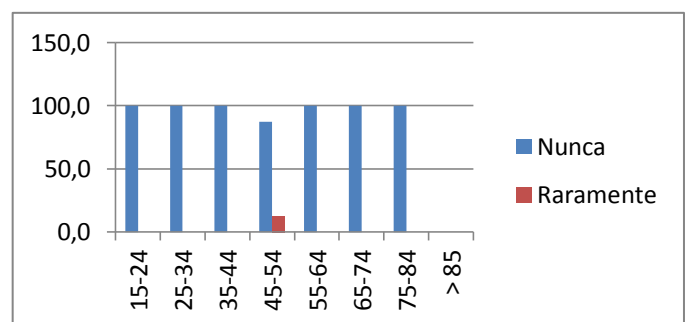


Figura IV – 25 – Percentagem de homens inquiridos que consomem ou não de bebidas alcoólicas e frequência do consumo.

Embora na população inquirida o consumo de bebidas alcoólicas seja bastante pequeno, este encontra-se repartido por faixas etárias conforme indicam os gráficos das Fig IV – 24 e 25.

A percentagem de residentes em

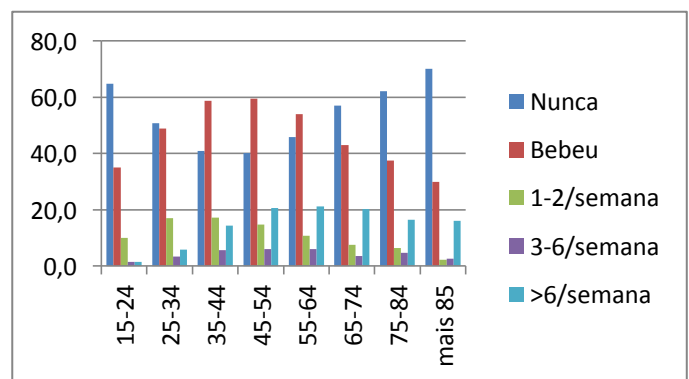


Figura IV – 26 - Percentagem de mulheres portuguesas que consomem ou não de bebidas alcoólicas e frequência do consumo (INS,2009).

Portugal que, em 2005, nunca bebiam era

de 43,4% das mulheres e 18,0% dos homens. Os que tinham bebido representavam 41,7% das mulheres e 65,2% dos homens, repartidos do seguinte modo: 10,7% das mulheres e 11,0% dos homens beberam 1 a 2 vezes por semana; 3,7% das mulheres e 6,1% dos homens beberam 3 a 6 vezes por semana; e 11,8% das mulheres e 36,8% dos homens beberam mais de 6 vezes por semana. É de notar que os homens consomem mais bebidas alcoólicas que as mulheres e que essa diferença é muito acentuada no que concerne o consumo de mais de 6 bebidas por semana.

A repartição do consumo de bebidas alcoólicas por faixas encontra-se representada nas Fig. IV - 26 e 27. Verifica-se um maior consumo de bebidas alcoólicas nas faixas etárias desde os 35-44 anos até aos 65-74 anos.

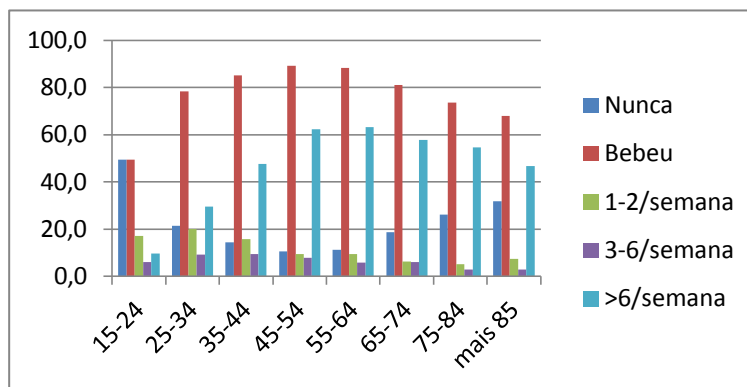


Figura IV - 27 - Percentagem de homens portugueses que consomem ou não de bebidas alcoólicas e frequência do consumo (INS,2009).

Fazendo a comparação

entre os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas verifica-se que existem diferenças em termos de número de consumidores, de frequência de consumo e de sexo dos consumidores. No que diz respeito ao número, verifica-se 53,0% do total da população portuguesa bebeu ou bebe bebidas alcoólicas enquanto na população inquirida essa percentagem é de 4,7%. Para além da diferença em termos de número de pessoas que bebem existe uma grande diferença na frequência do consumo. As 4 pessoas da população inquirida que afirmaram consumir bebidas alcoólicas (num total de 5 em 107) fazem-no raramente, enquanto na generalidade da população portuguesa 45% das pessoas que consomem bebidas alcoólicas fazem-no mais de 6 vezes por semana, o que representa um total de 23,9% de toda a população do país. Finalmente, a diferença em género: INS revela que a maioria dos consumidores de bebidas alcoólicas é do sexo masculino enquanto junto da população inquirida 4 dos 5 consumidores são do sexo feminino.

#### IV.9. Frequência de prática de atividade física

Em resposta à questão sobre a frequência da prática de atividade física (caminhar, correr, ginásio, ciclismo ou outra), verificou-se 74,2% dos homens e 56,9% das mulheres praticam alguma atividade física, com uma frequência que varia entre

menos de 30 minutos por dia até mais de 60 minutos por dia (Fig, IV – 28 e 29). Quanto aos que nunca praticam qualquer atividade física, este representam 13,9% das mulheres e 0% dos homens, enquanto os que o fazem raramente, representam 26,4% das mulheres e 25,7% dos homens.

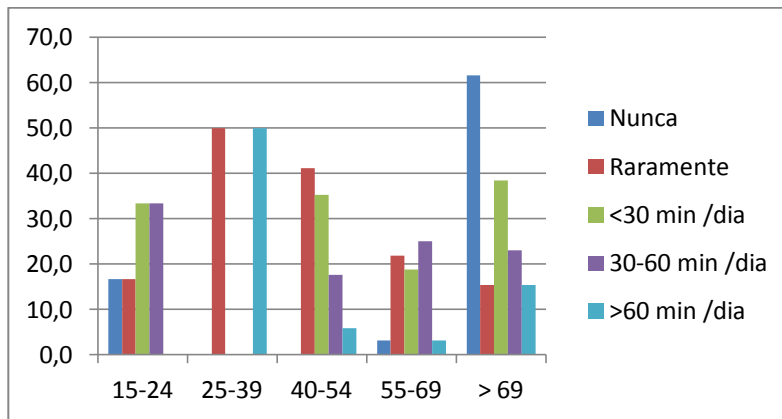


Figura IV – 28 – Percentagem de mulheres inquiridas que praticam ou não atividade física.

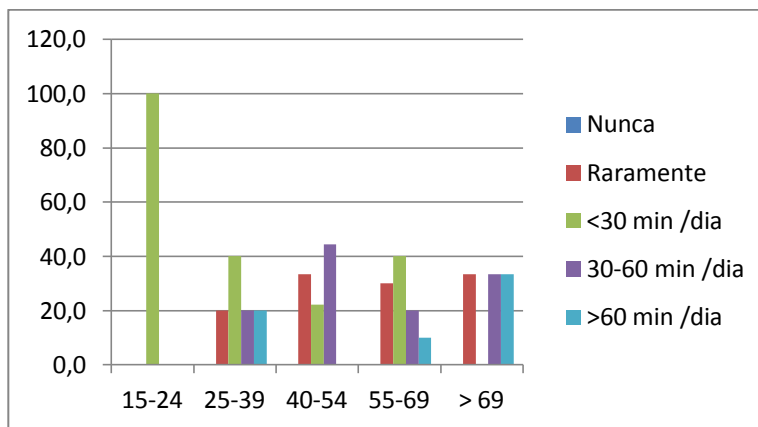


Figura IV – 29 – Percentagem de homens inquiridos que praticam ou não atividade física.

Em relação à atividade física praticada pela população portuguesa, os resultados do INS (Fig. IV - 30 e 31) indicam que 70,5% das mulheres e 62,7% dos homens gastam entre menos de 30 minutos e mais de 60 minutos a andar, por dia, o que representa cerca de 41% do total da população.

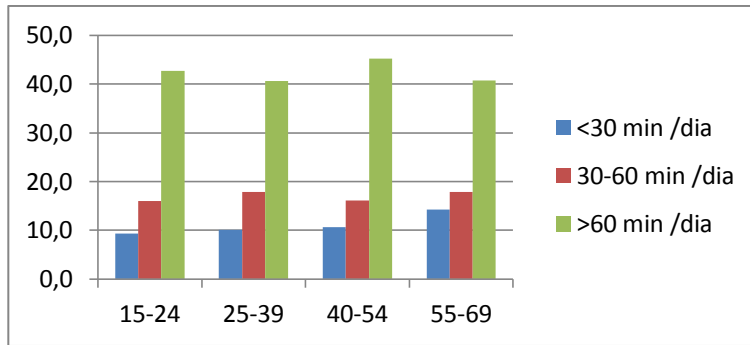


Figura IV – 30 – Percentagem de mulheres portuguesas que andam durante o dia (INS,2009).

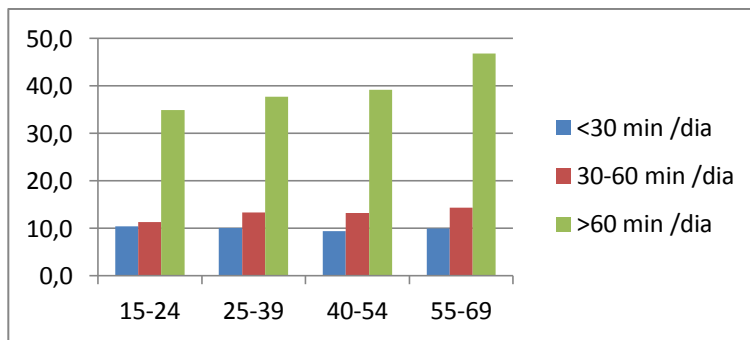


Figura IV – 31 – Percentagem dos homens portugueses que andam durante o dia (INS,2009).

Torna-se difícil fazer uma análise comparativa nesta questão uma vez que à população inquirida foi perguntado com que frequência pratica atividade física e no INS é perguntado qual a quantidade de tempo diário que é gasto a andar, sendo que este tempo engloba todo o tempo que a pessoa está em pé realizando as suas atividades diárias. Assim, tendo em conta o significado da pergunta feita em ambos os inquéritos, os resultados sugerem que a população inquirida pratica mais atividade física que a população portuguesa em geral dado que 74,2% dos homens e 56,4% das mulheres praticam alguma atividade física, para além das atividades diárias habituais enquanto 70,4% das mulheres e 62,7% andam entre menos de 30 minutos e mais de 60 minutos por dia, incluindo as suas atividades diárias, o que pode representar uma grande diferença.

#### IV.10. Auto classificação de qualidade de vida

Quando foi pedido para classificar a qualidade de vida em Muito Bom ou Bom, Nem Boa nem Má, Má ou Muito Má, 48,6% das mulheres e 80,0% dos homens optaram pela primeira hipótese (Muito Bom ou Bom), 47,2% das mulheres e 20,0 % dos homens escolheram a segunda (Nem Boa Nem Má) e 4,2% das mulheres e 0% dos homens a terceira (Má ou Muito Má).

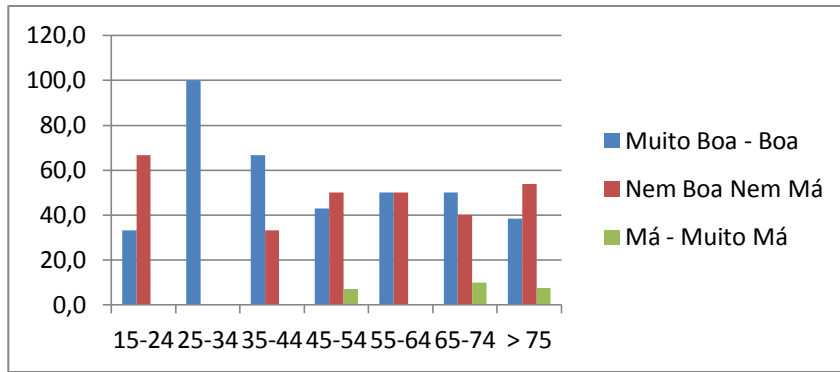


Figura IV – 32 – Percepção da qualidade de vida das mulheres inquiridas

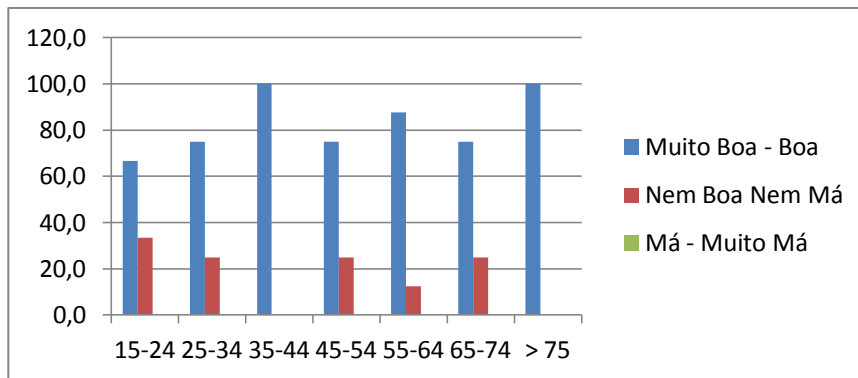


Figura IV- 33 – Percepção da qualidade de vida dos homens inquiridos.

Analisando as Fig. IV 32 e 33 facilmente se verifica que a percepção da qualidade de vida dos homens é mais favorável que a das mulheres, qualquer que seja a faixa etária.

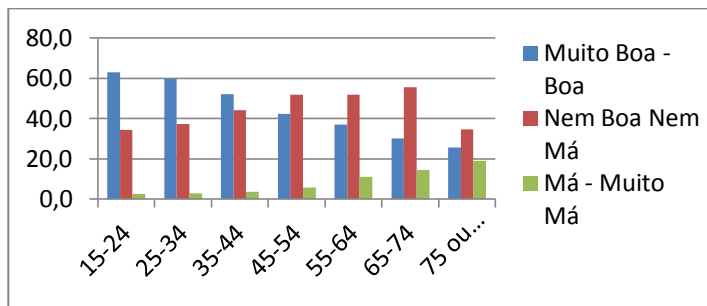


Figura IV - 34 – Percepção da qualidade de vida das mulheres portuguesas (INS,2009).

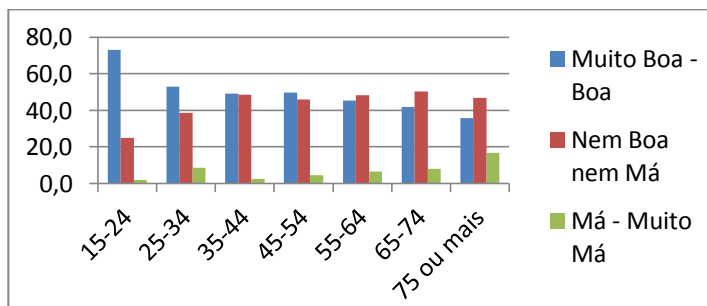


Figura IV - 35 – Percepção da qualidade de vida dos homens portugueses (INS,2009).

A nível nacional, a percepção da qualidade de vida é sensivelmente igual em ambos os sexos: a classificação de Muito Boa ou Boa é atribuída por 46,0% das mulheres e 51,5% dos homens, Nem Boa Nem Má é atribuída por 46,3% das mulheres e 42,5% dos homens e Má ou Muito Má por 7,7% dos homens e 8,3% das mulheres. Tal como junto da população inquirida, a população geral portuguesa de ambos de sexos percebe que a sua qualidade de vida vai diminuindo à medida que a sua idade aumenta (Fig. IV- 34 e 35), embora, globalmente, a percepção da qualidade de vida da população inquirida seja mais favorável. As diferenças são nítidas ao nível das classificações de Mau ou Muito Mau, atribuídas por 4,2 % das mulheres e 0% dos homens inquiridos, enquanto ao nível da população geral esses valores atingem os 7,7% e 8,3% respetivamente (Fig IV – 32, 33, 34 e 35). Por outro lado, também se verifica uma diferença acentuada na percepção da qualidade de vida ao nível do género. Enquanto na população portuguesa em geral a percepção da qualidade de vida é semelhante entre homens e mulheres (embora ligeiramente melhor entre os homens), junto da população inquirida os homens têm uma percepção muito mais favorável que as mulheres. Em ambas as populações, os homens, em relação às mulheres, têm melhor autoavaliação do estado geral de saúde, sofrem de menos doenças crónicas e tomam menos medicamentos, o que pode justificar a melhor percepção geral dos homens sobre a sua qualidade de vida, mas não a da amostra inquirida. Neste caso, a diferença significativa parece estar ao nível da atividade física, praticada por 74,2% dos homens e apenas 56,9% das mulheres, o que pode conduzir a uma melhor percepção de qualidade de vida.

Fazendo uma avaliação global (através da média pesada por género), a qualidade de vida é percebida como Muito Boa ou Boa por 59,0% da população inquirida e por 48,6% da totalidade da população portuguesa.

#### **IV.11. Percepção de contribuição do padrão alimentar e de saúde para a melhoria da sustentabilidade ambiental**

Quando inquirida sobre se consideravam que o seu padrão alimentar e de saúde contribuíam para melhorar a sustentabilidade ambiental, 60,7% da população (62,5% das mulheres e 57,1% dos homens) respondeu que sim, 18,7% (22,2% das mulheres e 11,4% dos homens) respondeu que sim mas o impacto é pequeno, 15% (11,1% das mulheres e 25,7% dos homens) respondeu não e 4,7% (4,2% das mulheres e 5,7% dos homens) não sabe ou não responde (Fig. IV – 36 e 37).

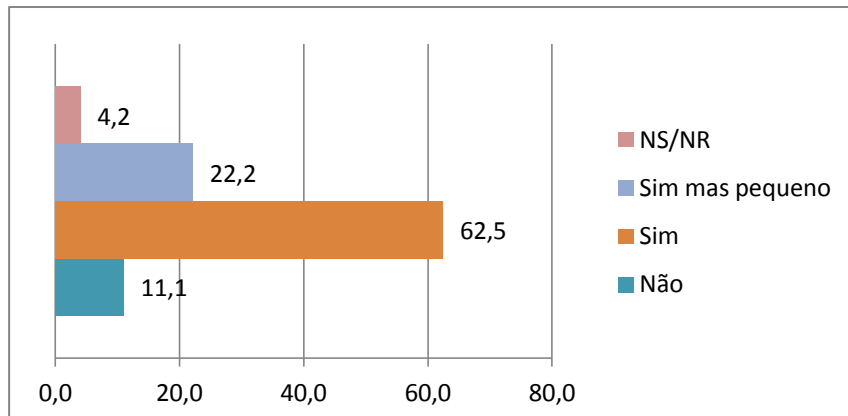


Figura IV - 36- Percepção das mulheres inquiridas sobre a contribuição do seu padrão alimentar e de saúde para melhorar a sustentabilidade ambiental.

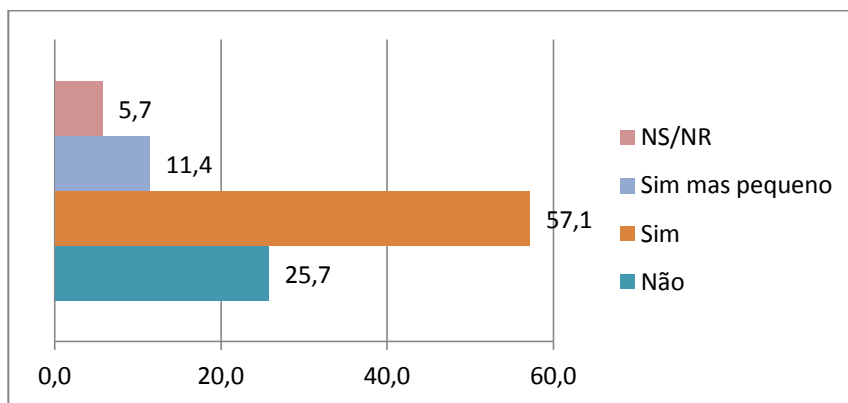


Figura IV- 37 – Percepção dos homens inquiridos sobre a contribuição do seu padrão alimentar e de saúde para melhorar a sustentabilidade ambiental.

Analisando a percepção da população inquirida, tendo em conta o género e as faixas etárias (Fig IV – 38 e 39), verifica-se que as faixas etárias em que há maior percentagem de respostas de Sim são as de 25-34 anos e mais de 85 anos, entre as mulheres, e 35-44 e 65-74 anos entre os homens, sendo atingidos valores de 100%.

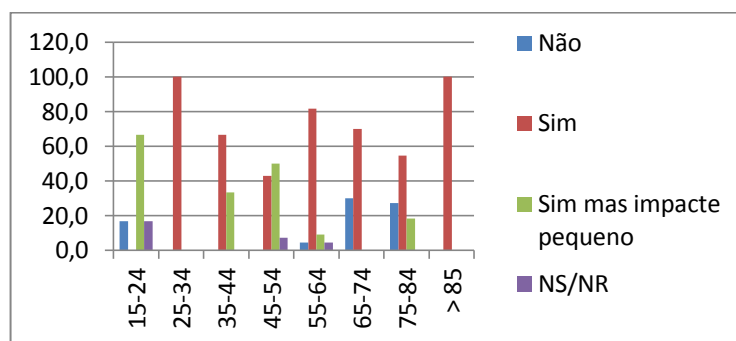


Figura IV - 38 - Percepção das mulheres inquiridas sobre a contribuição do seu padrão alimentar e de saúde para melhorar a sustentabilidade ambiental, por faixas etárias.

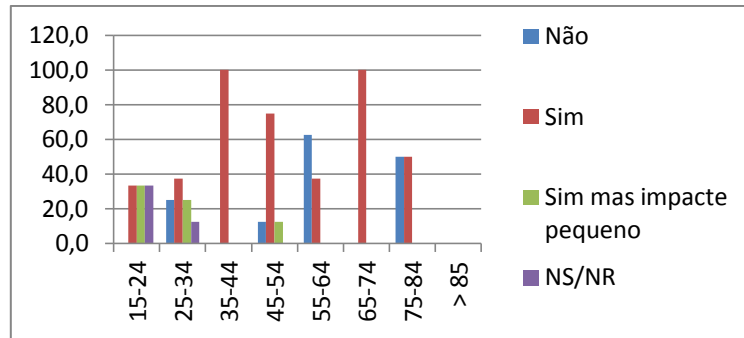


Figura IV- 39 - – Percepção dos homens inquiridos sobre a contribuição do seu padrão alimentar e de saúde para melhorar a sustentabilidade ambiental, por faixas etárias.

De facto, junto da população do sexo feminino a percepção de que estão a contribuir para melhorar a sustentabilidade ambiental devido aos padrões alimentares e de saúde é sempre superior a 42,5% em qualquer faixa etária, com exceção dos mais jovens, 15-24 anos, em que a percepção preponderante (66,7%) é que a contribuição existe mas o impacte é pequeno (sendo as restantes respostas desta faixa etária repartidas entre o Não e o NS/NR). Quanto à restante população do sexo feminino que respondeu considerar que os seus padrões alimentares e de saúde têm um pequeno impacte positivo no ambiente, encontra-se situada nas faixas etárias principalmente dos 35-44 anos, dos 45-54 anos. As respostas de Não foram dadas por mulheres da faixa etária mais jovem ou das faixas etárias de mais de 65 anos.

A população do sexo masculino dos 25-54 anos e dos 65-74 anos apresenta uma percentagem preponderante de resposta de Sim, embora na faixa etária dos 55-64 anos em que prevaleça a resposta de Não.

Em suma, 79,4% dos inquiridos considera que o seu padrão alimentar e de saúde contribui para a melhoria da sustentabilidade ambiental, embora 18,7% considere que o impacte é pequeno. Apenas 4,7% considera que não contribui para melhorar a sustentabilidade ambiental.

#### IV.12. Comparações de alguns resultados obtidos com os resultados do AHS-2

Dado que a Universidade de Loma Linda não se mostrou recetiva à disponibilização de resultados do AHS-2 para utilização no presente estudo, optou-se por usar os poucos resultados ainda não muito trabalhados, disponíveis na literatura publicada.

#### IV.12.1. Padrão Alimentar auto referido

Os dados respeitantes ao padrão alimentar da amostra de participantes nos estudos de saúde da AHS – 2 utilizados neste subcapítulo encontram-se disponíveis na página da Universidade de Loma Linda<sup>19</sup>, para além de já terem sido publicados por Haddad (2011). Comparando o padrão alimentar auto referido de ambas as populações inquiridas (Fig IV – 40), verifica-se que a população inquirida apresenta menor percentagem de: não vegetarianos (39,3% vs 48,0%); de pesco-vegetarianos (7,5% vs 10,0%); de ovo-lacto-vegetarianos (13,1% vs 28,0%); e de vegan (0,9% vs 8,0%). No caso dos semivegetarianos verifica-se o inverso. A população inquirida auto referiu ter este tipo de regime alimentar em 39,3% dos casos enquanto no AHS-2 isso se verificou em apenas 6,0% das respostas.

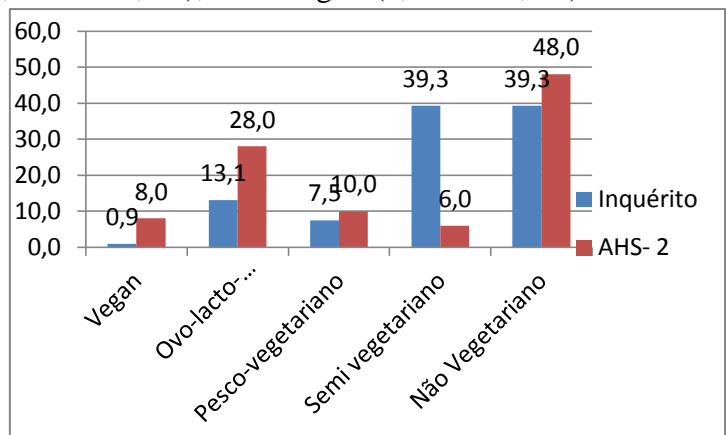


Figura IV -40 – Padrão alimentar auto referido pela população inquirida e pela população que respondeu ao AHS- 2

Em suma as principais diferenças entre os padrões alimentares das duas amostras

preendem-se com a maior percentagem de semivegetarianos na população inquirida e, por outro lado, as menores percentagens de ovo-lacto-vegetarianos e de vegan.

#### IV.12.2. Relação entre o padrão alimentar e o valor médio de IMC

Haddad (2011) publicou na revista da American Dietary Association, Vegetarian Nutrition, dados de Tonstad (2009) respeitantes à relação entre o padrão alimentar dos

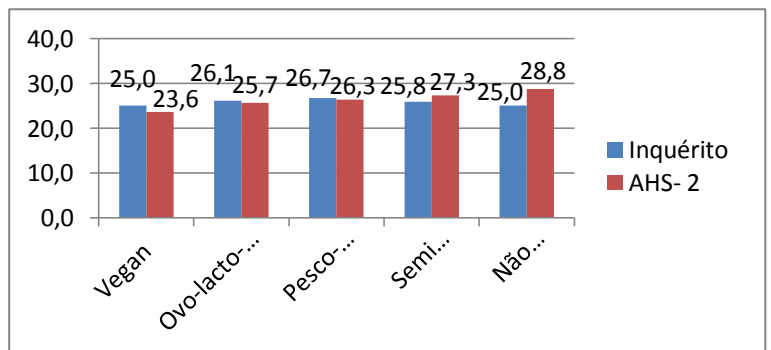


Figura IV– 41 – Relação entre o padrão alimentar e o valor médio de IMC entre os participantes do AHS- 2 e os do Inquérito.

inquiridos pelo AHS- 2 e o respetivo valor médio de IMC, bem como a relação entre esse padrão alimentar e a prevalência de diabetes auto referida, dados esse que serão utilizados neste subcapítulo e no próximo (IV.12.3).

<sup>19</sup> Disponível em [http://www.llu.edu/public-health/health/early\\_findings.page?](http://www.llu.edu/public-health/health/early_findings.page?)

Enquanto junto dos participantes do AHS -2 o valor médio do IMC aumenta à medida que o padrão alimentar varia de vegan para ovo-lacto-vegetariano, pesco-vegetariano, semivegetariano e não vegetariano, junto da população inquirida tal facto não se verifica (Fig IV – 41). Com efeito, junto da população inquirida o IMC médio aumenta dos vegan para os ovo-lacto-vegetarianos e destes para os pesco-vegetarianos, apresentando mesmo valores superiores aos equivalentes do AHS -2. Contudo, entre os pesco-vegetarianos e os semivegetarianos regista-se uma diminuição do valor médio de IMC, bem como entre o destes e o dos não vegetarianos.

Para comparar o IMC das duas populações calculou-se a média pesada dos valores médios de IMC, correspondentes a cada padrão alimentar (Fig. IV – 40), com as frequências de ocorrência do respetivo padrão alimentar, para ambas as populações (Fig. VI – 41), tendo sido obtidos os seguintes valores:

$$\text{IMC}_{\text{médio}} (\text{Inquérito}) = 25,6 \text{ kg/m}^2$$

$$\text{IMC}_{\text{médio}} (\text{AHS} - 2) = 27,2 \text{ kg/m}^2$$

O  $\text{IMC}_{\text{médio}}$  da amostra inquirida apresenta um inferior em  $1,6 \text{ kg/m}^2$  ao da população inquirida pelo AHS-2, apesar da percentagem de não vegetarianos e semivegetarianos primeira amostra ser de 78,6% e a mesma na segunda amostra ser de 54%.

#### IV.12.3. Relação entre o padrão alimentar e a prevalência de diabetes

Analogamente a IV.12.2 foram utilizados os dados publicados por Tonstad (2009) e Haddad (2011) para comparar a relação entre a prevalência da diabetes e o padrão alimentar em ambas as populações. Comparando os resultados obtidos em

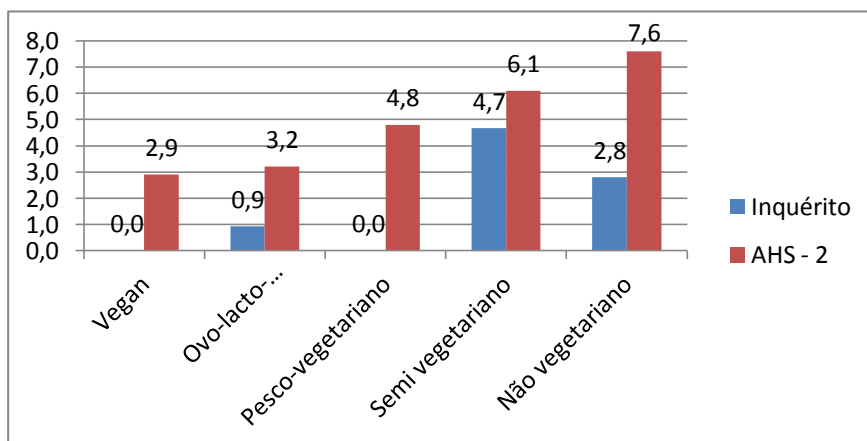


Figura IV – 42 - Relação entre o padrão alimentar e a prevalência de diabetes entre os participantes do AHS- 2 e os do Inquérito.

ambos os inquéritos (Fig IV 42), verifica-se que na população inquirida a prevalência de

diabetes é bastante inferior que junto da homóloga do AHS-2, qualquer que seja o padrão alimentar.

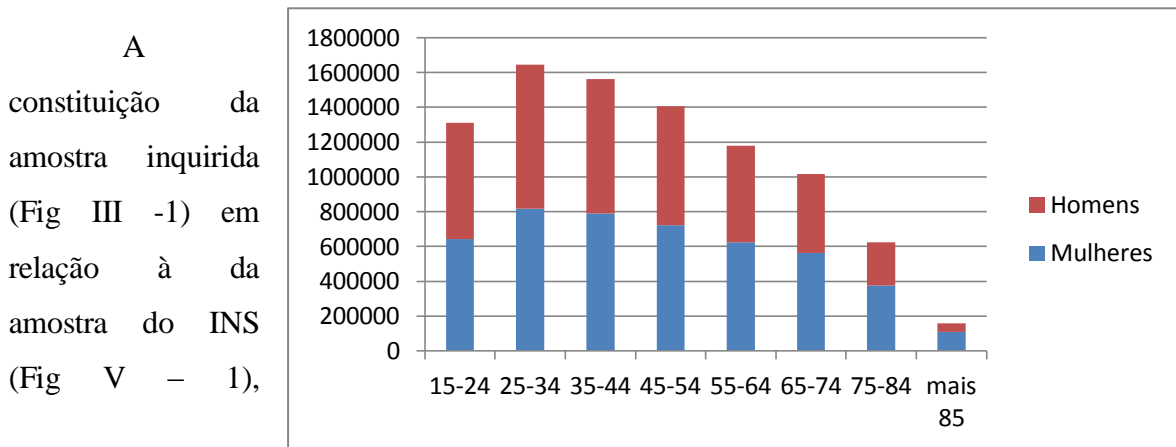
## CAPÍTULO V: DISCUSSÃO

Um dos objetivos desta investigação é o comparar os níveis de saúde decorrentes de comportamentos, práticas e atitudes diferentes quanto à alimentação e estilos de vida saudáveis no sentido de apurar os comportamentos de saúde que conduzem a uma melhor saúde e melhor qualidade de vida. Uma leitura direta dos resultados leva-nos a concluir que um estilo de vida em que se consome mais fruta, salada/legumes, sopa, peixe, sobremesa e leguminosas e menos carne, laticínios e pão, em que se evita o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas e se pratica atividade física (mesmo que durante menos de 30 minutos por dia) conduz a uma menor prevalência de doenças crónicas - e consequente menor toma de medicamentos - bem como a uma melhor perceção de estado de saúde e da qualidade de vida em geral.

No entanto, a leitura direta dos resultados afigura-se insuficiente uma vez que a população inquirida neste estudo apresentou valores de IMC superiores à população portuguesa em geral o que nos leva a uma reflexão sobre a dieta mediterrânica e a constituição da amostra inquirida.

A dieta mediterrânica é um padrão alimentar característico de alguns países da zona no Mediterrâneo e que envolve o consumo diário de cereais integrais, leguminosas, frutas, legumes e azeite, consumo moderado de peixe, ovos, laticínios e carnes brancas, e o consumo esporádico de carnes vermelhas. Este padrão alimentar deve ser acompanhado consumo abundante de água e moderado de vinho (tinto de preferência), de pelo menos 30 minutos de atividade física diária, convivialidade e preferência pelos produtos locais e da estação. Em 2010 a dieta mediterrânica foi reconhecida pela UNESCO como património Imaterial da Humanidade na Espanha, Grécia, Itália e Marrocos, tendo sido acrescentados a este reconhecimento, em Dezembro de 2013, a Croácia, Chipre e Portugal (UNESCO, 2013). Esta dieta tem sido alvo de variados estudos que visam relacioná-la com a redução da incidência certas doenças nomeadamente das doenças cardiovasculares, quando associada à ingestão de frutos de casca rija (Estruch et al., 2013), a redução do risco de cancro da próstata e da mortalidade (Kenfield et al., 2013), a redução da asma em crianças (Garcia-Marcos et al., 2013), a redução da asma e do eczema no primeiro ano de

vida dos filhos de mães que adotam a dieta mediterrânica durante a gravidez (Chatzi et al., 2013), diminuição da incidência dos sintomas depressivos nas mulheres de meia-idade (Rienks et al., 2013), bem como o estudo da redução da pegada ambiental desta versus o padrão alimentar ocidental (Saez-Almendros et al., 2013), citando apenas alguns dos estudos publicados em 2013. Assim, e uma vez que o padrão alimentar adventista e a dieta mediterrânica são bastante semelhantes, parece razoável concluir que por um lado a dieta mediterrânica contribui para o facto maior percentagem da população portuguesa em geral apresentar valor de IMC considerado normal, enquanto a população da amostra apresenta menor percentagem de indivíduos com valor de IMC normal mas menor prevalência de doenças crónicas por seguir um padrão de alimentação saudável e também por não consumir tabaco ou bebidas alcoólicas.



também é um facto **Figura V- 1 – Constituição da amostra do INS (2009).**

que merece alguma

reflexão na medida em que está relacionada com as conclusões tiradas. Confrontando a constituição das duas amostras verifica-se que a amostra de INS é constituída por uma percentagem de homens e de mulheres sensivelmente igual, repartidos pelas faixas etárias de modo a refletir sensivelmente a pirâmide etária do país. Já a amostra inquirida, como já foi referido, é constituída por todas as pessoas, com mais de 18 anos, que foram à Igreja Adventista de Sétimo Dia do Bom Fim no dia 4 de Maio de 2013. É uma amostra constituída por cerca de 2/3 de mulheres e 1/3 de homens na sua maioria nas faixas etárias de mais de 45 anos, facto que poderá estar relacionado com a mais alta percentagem de indivíduos com valor de IMC considerada fora do normal registada, em relação à população portuguesa em geral, uma vez que as mulheres a partir da meia-idade ou menopausa têm tendência a aumentar a quantidade de massa gorda (Simkin-Silverman, 2000; Silva, 2012). No entanto, a constituição da amostra inquirida não afetou os resultados em relação à prevalência das doenças crónicas. Sendo a amostra constituída por mais indivíduos com

idades superiores a 45 anos que a no INS seria expectável que a prevalência das doenças crónicas seguisse a relação habitual de aumento com o aumento da idade o que não se verificou (com a exceção do colesterol e da osteoporose, facto que já foi discutido em IV .3).

Por outro lado, também era nosso objetivo saber a perceção que a população inquirida tinha da influência do seu padrão alimentar e de saúde na sustentabilidade ambiental. Neste aspeto, 79,4% da população inquirida referiu ter a perceção de contribuir para melhorar a sustentabilidade ambiental devido aos seus padrões alimentares e de saúde (embora 18,7% deste valor corresponda a indivíduos que consideram o impacte da sua contribuição como pequeno) o que é um resultado expectável tendo em conta que decorre do sétimo princípio da religião adventista que o homem deve cuidar do ambiente que o rodeia<sup>20</sup>. Este comportamento enquadra-se no já referido crescente interesse pelas religiões, pelo papel que estas têm não só em questões de preservação da saúde (Chatters, 2000; Lee et al., 2008; Webb et al., 2010), como nas de preservação ambiental (Dekker et al, 1997; Jenkins et al., 2011), ao que não é alheio o crescente interesse das próprias religiões pelas questões que interessam e/ou preocupam os seus seguidores, nomeadamente as questões ambientais aliadas às alterações climáticas. Citando apenas alguns exemplos, a Coalition on Environment and Jewish Life<sup>21</sup>, a Catholic Coalition on Climate Change<sup>22</sup>, e a Interfaith Power & Light <sup>23</sup>são três organizações religiosas, respetivamente judia, católica e multirreligiosa, que, nos Estados Unidos, se preocupam com a mitigação dos efeito das alterações climáticas baseadas em motivos religiosos, desenvolvendo ações não só dentro de cada organização mas também entre organizações, por os seus líderes considerarem que deve haver colaboração na exigência de ações políticas que conduzam a um clima sustentável. Em Portugal várias organizações religiosas se preocupam com questões ambientais, tais como a Cáritas Portuguesa<sup>24</sup>, a Fundação Evangelização e Culturas<sup>25</sup> ou a Companhia de Stª Teresa de Jesus<sup>26</sup>.

---

<sup>20</sup> Seventh Day Adventist Church, Disponível em <http://www.adventist.org/beliefs/fundamental/index.html>  
Consultado em 30/01/2013

<sup>21</sup> COEJL. Disponível em <http://www.coejl.org/> . Consultado em 31/01/2014

<sup>22</sup> Catholic Coalition on Climate Change. Disponível em <http://catholicclimatecovenant.org/tag/catholic-coalition-on-climate-change/> . Consultado em 31/01/2014

<sup>23</sup> Interfaith Power & Light. Disponível em <http://www.interfaithpowerandlight.org/> . Consultado em 31/01/2014

<sup>24</sup> <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=75541>. Consultado em 31/01/2014

Considerando, que a produção industrial de carne é o setor de produção alimentar que mais contribui para a degradação ambiental (Baroni et al., 2007), considerando que 39,3% da população inquirida referiu ser não vegetariana e 39,3% semivegetariana, com frequências de consumo de carne mais mencionadas entre 1 e 2 a 4 vezes por semana, o que representa uma frequência de consumo bastante inferior aos 80% da população portuguesa em geral que refere consumir carne às refeições principais, poderá concluir-se que a população inquirida tem uma contribuição mais positiva para a sustentabilidade ambiental que a população portuguesa em geral. Seria interessante fazer um estudo sobre a real contribuição para a sustentabilidade ambiental através das escolhas alimentares, tanto da comunidade adventista portuguesa como da população portuguesa em geral, que avaliasse os meios de produção dos alimentos consumidos (produção biológica ou industrial), a distância e meio de transporte, bem como se o consumidor escolhe os seus produtos com origem no comércio justo.

Na medida do possível, foram feitas comparações com os resultados do AHS-2. Deste modo, verificou-se que, embora a amostra inquirida seja constituída por mais vegetarianos e semivegetarianos que a amostra do AHS-2 (78,6% vs 54,0%), o valor de IMC médio dos inquiridos 25,6 kg/m<sup>2</sup>, enquanto o valor do IMC médio da população do AHS – 2 é de 27,2 kg/m<sup>2</sup> o que sugere que o sobrepeso apresentado pelos indivíduos da amostra do AHS-2 não se relaciona com o simples facto de consumir carne ou não, mas que poderá ter origem na natureza da carne (maior consumo de carnes vermelhas) e de outros alimentos ricos em gorduras e/ou açúcares ou ainda numa menor frequência de prática de atividade física. De igual modo foi verificado que a prevalência de diabetes na população inquirida é muito inferior à da população de AHS-2 (3,1% vs 5,6%), independentemente do regime alimentar escolhido, o que mais uma vez sugere a existência de um regime alimentar e hábitos de saúde mais equilibrados. O que é que explica as diferenças entre os resultados obtidos em ambas as comunidades adventistas? Tendo em conta que os padrões alimentares e de saúde adventistas são semelhantes em qualquer lugar do planeta, acreditamos que a resposta a esta questão se prende com a diferença de culturas nos dois países que acarreta diferentes hábitos de consumo (maior hábito de consumo de alimentos processados nos Estados Unidos) e mais fácil acesso a

---

<sup>25</sup> <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?&id=75671>. Consultado em 31/01/2014

<sup>26</sup> <http://www.teresianasstj.com/index.php/encontro-e-partilha>. Consultado a 31/01/2014

alimentos frescos e diversificados em Portugal. Assim poderemos dizer que, neste caso, a cultura do país revelou ser preponderante sobre o padrão de prática religiosa.

Num país em que, segundo o INS, de 1998/9 a 2005/6 se verificou no domínio da saúde: uma redução da prevalência de indivíduos com o peso adequado de 2,7% e um aumento de indivíduos com excesso de peso grau II ( $27 \text{ kg/m}^2$  e  $29,9 \text{ kg/m}^2$ ) de 0,5%; um agravamento da dimensão percentual da prevalência de muitas doenças crónicas nomeadamente a tensão alta de 14,9% para 20,0% e a diabetes de 4,7% para 6,5% da população; um acréscimo de percentagem de indivíduos que recorreram a consultas médicas de 24,3% para 29,2%; um decréscimo de número total de fumadores de 0,7%, sendo que a percentagem atual se cifra em 19,7%; um aumento da proporção de consumo de bebidas alcoólicas entre os residentes do Continente, passando de 50,4% para 53,8%, sendo este aumento mais evidente junto da população do sexo feminino; faz sentido perguntarmo-nos que medidas poderão ser tomadas a fim de reverter a atual tendência de degradação do nível de saúde nacional, apesar da tão apregoada dieta mediterrânica. Considerando os resultados da presente investigação, uma maior participação de cada indivíduo neste processo de manutenção da sustentabilidade ambiental, social e económica poderá passar por fazer escolhas alimentares que envolvam o consumo de menos carne (e mais fruta, salada/legumes, sopa, peixe e leguminosas). Do mesmo modo as opções de saúde tais como a redução ou abstenção do consumo de tabaco e de álcool e a prática de atividade física conduzirão a um melhor estado da saúde e conseqüente maior qualidade de vida.

## CAPÍTULO VI: CONCLUSÕES

Segundo as Nações Unidas (2013) a população mundial, que em 2011 atingiu os 7 mil milhões de indivíduos, poderá atingir os 9,6 mil milhões em 2050, exacerbando-se o já premente problema de satisfação sustentável das necessidades alimentares. Torna-se, assim, cada vez mais importante a participação no exercício da cidadania ambiental aos níveis macro, meso e micro: através do estabelecimento de políticas internacionais e nacionais de sustentabilidade que permitam mitigar as alterações climáticas e lidar com a produção de biocombustíveis, considerados pela FAO as maiores ameaças à segurança alimentar (FAO, 2009); através da implementação de programas de Educação para o Desenvolvimento Sustentável, que promovam a

prática da cidadania global; e através de escolhas de padrões alimentares e de saúde, entre outros, por forma a melhorar a sustentabilidade ambiental, económica e social.

Sumarizando as conclusões a que se chegou analisando as respostas ao Inquérito e fazendo as respetivas comparações com o INS, verificou-se que a população inquirida apresenta em relação à população portuguesa em geral:

- Menor percentagem de indivíduos com valores de IMC considerados normais (37,4% vs 45,7%);

- Melhor perceção do seu estado de saúde (perceção positiva: 98,1% vs 86,0%);

- Menor prevalência das doenças crónicas presentes no inquérito;

- Menor toma de medicamentos para tratamento de doenças crónicas (Não tomam medicamentos: 54,2% vs 36,2%) ;

- Regime alimentar auto referido como semivegetariano ou não vegetariano, em 78,6% os casos, consumindo mais fruta, salada/legumes, sopa, peixe, sobremesa e leguminosas que a população portuguesa em geral; por outro lado, consome menos carne, laticínios e pão.

- Consumo de tabaco inexistente enquanto os não fumadores representam 82,3% das mulheres para 40,3% dos homens, da população geral;

- Consumo de bebidas alcoólicas raro quando comparado com os abstémicos portugueses que são 43,4% das mulheres e 18,0% dos homens;

- Maior tempo de prática de atividade física, embora difícil de quantificar;

- Melhor perceção da qualidade de vida (59% vs 48,6%).

A maioria de população inquirida (79,4%) tem a perceção de que o seu padrão alimentar e de saúde contribui para melhorar a sustentabilidade ambiental, embora 18,7% considere que o impacte dessa melhoria é pequeno.

Quanto a comparações com o AHS-2 verifica-se que:

- O regime alimentar auto referido no AHS -2 é constituído por 54,0% de não vegetarianos e semivegetarianos (vs 78,6% junto da população inquirida);

- IMC <sub>médio</sub> dos inquiridos 25,6 kg/m<sup>2</sup> , enquanto o IMC <sub>médio</sub> da população do AHS – 2 é de 27,2 kg/m<sup>2</sup>;

- Menor prevalência de diabetes junto da população inquirida (3,1% vs 5,6%).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves-Mazzotti, A. J., 2006, Usos e abusos dos estudos de caso, Cadernos de Pesquisa, vol. 36, nº 129, pp.637-651.

American Dietetic Association, 2009, Vegetarian Diets, 109 (7):1266-1282. Disponível em <http://www.eatright.org/about/content.aspx?id=8357>. Consultado em 8/10/2012

Armstrong, D., 1986, The invention of infant mortality, Sociology of Health and Illness, 8 (3): 211-231.

Azevedo, M. , 2008, Alimentação ecológica... e saudável! Jornal Quercus Ambiente, Atitudes. Disponível em <http://jornal.quercus.pt/scid/subquercus/defaultcategoryViewOne.asp?categorySiteId=506> Consultado em 11/12/2012

Baroni L., Cenci L., Tettamanti M., Berati M., 2007, Evaluating the environmental impact of various dietary patterns combined with different food production systems. European Journal of Clinical Nutrition 61:279–86. Disponível em <http://www.nature.com/ejcn/journal/v61/n2/full/1602522a.html> Consultado em 5/12/2012

Beck, U., 1992, Risk Society: Towards a New Modernity. New Delhi: Sage

Bosetti, C., Gallus, S., Trichopoulou, A., Talamini, R., Franceschi, S., Negri, E., La Vecchia, C., 2003, Influence of the Mediterranean diet on the risk of cancers of the upper aerodigestive tract, Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention 12(10): 1091–1094. Disponível em <http://europepmc.org/abstract/MED/14578148/reload=0;jsessionid=epgxr17YHxdJ12AvYgf2.12> Consultado em 27/12/2012

Bourdieu, P., 1979, La distinction, Editions Minuit, 209

Bouwman A.F., Van Der Hoek, K.W., Eickhout, B., Soenario, I. 2005. Exploring changes in world ruminant production systems. Agric. Syst. 84: 121-153.

Carmo, H., 1997, Ensino superior a distância: contexto mundial, Lisboa, Universidade Aberta, pp 94-107.

Carmo H., Ferreira M. M., 2008, Metodologia da investigação - Guia para a Autoavaliação. 2ª edição, Lisboa, Universidade Aberta.

Carneiro, H., 2003, Comida e sociedade: uma história da alimentação. Rio de Janeiro: Campus.

Chan, J., Jaceldo-Siegl, K., Fraser, G.E., 2010, Determinants of serum 25 hydroxyvitamin D levels in a nationwide cohort of blacks and non-Hispanic whites. *Cancer Causes Control*, 21(4):501-11, Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20012182>, consultado em 27/9/2012.

Chatters, L.M., 2000, Religion and Health: Public Health Research and Practice, *Annual Review of Public Health*, 21: 335-367. Disponível em <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.21.1.335?journalCode=publhealth>. Consultado em 10/027 2014.

Chatzi, L., Garcia, R., Roumeliotaki, T., Basterrechea, M., Begiristain, H., Iñiguez, C., Vioque, J., Kogevinas, M., Sunyer, J., INMA study group, RHEA study group, 2013, Mediterranean diet adherence during pregnancy and risk of wheeze and eczema in the first year of life: INMA (Spain) and RHEA (Greece) mother-child cohort studies, *The British Journal of Nutrition*, 110(11):2058-68. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23680284>. Consultado em 5/02/2014.

Cho, E., Hunter, D.J., Spiegelman, D., Albanes, D., Beeson, W.L., van den Brandt, P.A., Colditz, G.A., Feskanich, D., Folsom, A.R., Fraser, G.E., Freudenheim, J.L., Giovannucci, E.L., Goldbohm, R.A, Graham, S., Miller, A.B., Rohan, T.E., Sellers, T.A., Virtamo, J., Willet, W.C., Smith-Warner, S.A, 2006, Intakes of vitamins A, C and E and folate and multivitamins and lung cancer: pooled analyses of 8 prospective studies, *International Journal of Cancer*, 118(4):970-8. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16152626> Consultado e 22/1/2013

Craig, W.J., 2009, Health effects of vegan diets, *American Society for Nutrition*, Disponível em <http://ajcn.nutrition.org/content/89/5/1627S.full.pdf+html>. Consultado em 18/5/2012

Dekker, P., Ester, P., Nas, M., Religion, culture and environmental concern : An empirical cross-national analysis, *Social Compass*, vol14, 3 :443-458. Disponível em <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2886139>. Consultado a 10/02/2014

Durkheim, E., 1886. "Les Études de science sociale." *Revue philosophique* 22: 61-80., Disponível em <http://durkheim.uchicago.edu/Bibliography/Bib01.html>, Consultado em 6/11/2012

Durkheim, E., 1887. "Guyau, M., *L'Irreligion de l'avenir*." *Revue philosophique* 23: 299-311. Disponível em <http://durkheim.uchicago.edu/Texts/1887b.html> Consultado em 27/12/2012

Elias, N., 2006, O processo civilizacional, volume 1, Edições D.Quixote, ISBN 9789722026659

Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M-I, Corella, D., Arós, F., Gómez-Garcia, E., Ruiz-Gutiérrez, V., Fiol, M., Lapetra, J., Lamuela-Raventos, R.M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M.A., Sorlí, J.V., Martínez, J.A., Martínez-Gonzalez, M.A., 2013, Primary prevention of cardiovascular disease with mediterranean diet, *The New England Journal of Medicine*, 368:1279-1290. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1200303>. Consultado a 5/02/2014.

Fraser, G.E., Vegetarian diets: what do we know of their effects on common chronic diseases?, 2009, *American Journal Clinical Nutrition*, 89(5): 1607S–1612S. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2677008/?tool=pubmed>. Consultado em 20/9/2012

Garcia-Marcos, L., Castro-Rodriguez, J.A., Wienmayr, G., Panagiotakos, D.B., Priftis, K.N., Nagel, G., 2013, Influence of Mediterranean diet on asthma in children: a systematic review and meta-analysis, *Pediatric Allergy and Immunology: official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 4:330-8. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23578354>. Consultado em 5/02/2014.

Garros, B., 2000, "Démocratie sanitaire et priorités en santé publique: aujourd'hui plus qu'hier et moins que demain!" *Quelques réflexions*", *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, Avril-Juin: 89-95. Disponível em

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2003/iass/jason.pdf> Consultado em 11/01/2013

Giddens, A., 1999, "Risk and Responsibility" *Modern Law Review* 62(1): 1-10. CE (2006), Risk Issues, Special Eurobarometer, Disponível em <http://www.efsa.europa.eu/en/riskperception/docs/riskperceptionreport.pdf> Consultado a 22/01/2012

Haddad, E. H., 2011, The Contribution of Dietary Studies in Seventh-day Adventists to Vegetarian Nutrition, *Vegetarian Nutrition (Eat Right, American Dietetic Association)*, Volume XIX, Number 4,. Disponível em [http://www.vndpg.org/docs/VNU/VNDPG-News\\_Spring-2011.pdf](http://www.vndpg.org/docs/VNU/VNDPG-News_Spring-2011.pdf) . Consultado a 12/12 /2013

Hervieu-Léger, D., 2005 (1999), *O peregrino e o convertido. A religião em movimento*, Lisboa, Gradiva

Jacobsen, B.K., Knudsen, S.F., Oda, K., Fraser G.E., 2001, Parity and total ischemic heart disease and stroke mortality. The Adventist Health Study 1976-1988, *European Journal of Epidemiology*, 26(9):711-8. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3186890/> Consultado em 23/01/2013

Jacobsen, B.K., Knudsen, S.F., Oda, K., Fraser G.E., 2012, Obesity at age 20 and the risk of miscarriages, irregular periods and reported problems of becoming pregnant: the Adventist Health Study-2, *European Journal of Epidemiology*, 27(12):239-31. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539069/>. Consultado em 10/12/2013

Jacobsen, B.K., Knudsen, S.F., Oda, K., Fraser G.E., 2013, Body mass index at age 20 and subsequent childbearing: the Adventist Health Study -2, *Journal of women's health*, 22(5):460-6. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23611121>. Consultado em 10/12/2013

Jenkins, W., Chapple, C.K., Religion and Environment, *Annual Review of Environment and Resources*, 36: 441-463. Disponível em <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-environ-042610-103728>. Consultado a 10/02/2014

Jungbluth N., Tietje O., Scholz R.W., 2000, Food purchases: impacts from the consumers' point of view investigated with a modular LCA. *Int J Life Cycle Assess* ;5:134-42. Disponível em

[http://www.uns.ethz.ch/people/formerhead/scholzr/publ/UNS\\_A55.pdf](http://www.uns.ethz.ch/people/formerhead/scholzr/publ/UNS_A55.pdf) Consultado em 19/12/2012

Kenfield, S.A., Dupre, N., Richman, E.L., Stampfer, M.J., Chan, J.M., Giovannucci, E.L., 2013, Mediterranean Diet and Prostate Cancer Risk and Mortality in the Health Professionals Follow-up Study, *European Urology*, pii: S0302-2838(13)00830-0. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23962747>. Consultado em 5/02/2014.

Kiani, F., Knudsen, S., Singh, P., Ursin, G., Fraser, G., 2006, Dietary risk factors for ovarian cancer: the Adventist Health Study (United States), *Cancer Causes Control*, 17(2): 137-46. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16425091> Consultado a 23/1/2013

Kushi, L.H., Lenart, E.B., Willett, W.C. 1995, Health implications of Mediterranean diets in light of contemporary knowledge. 2. Meat, wine, fats, and oils, *American Journal of Clinical Nutrition*. Vol 61, 1416S-1427S

Kyulo, N.L., Knudsen, S.F., 2012, Effect of weight loss in adults on estimation of risk due to adiposity in a cohort study, *Obesity (Silver Spring)*, 20(1):206-31. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3433058/> Consultado em 23/1/2013.

Lee, J.W., Morton, K.R., Walters, J., Bellinger, D.L., Butler, T.L., Wilson, C., Walsh, E., Ellison, C.G., McKenzie, M.M., Fraser, G.E., 2008, The biopsychosocial religion and health study (BRHS), *International Journal of Epidemiology*, 38(6):1470-1478, Disponível em <http://ije.oxfordjournals.org/content/38/6/1470.full>, Consultado em 1/10/2012

Lee, J.W., 2009, Sabbath and Health, Mind and Spirit In Dialog meeting at Loma Linda University, January 24, 2009, Disponível em <http://www.llu.edu/assets/publichealth/adventist-health-studies/documents/sabbath-and-health.pdf>, Consultado em 1/10/2012

Lévi-Strauss, C., 1968, *L'Origine des manières de table*, Paris, Plon

Lévi-Strauss, C., 1978, Mito e Significado, Disponível em <https://sabotagem.revolt.org>, Consultado a 5/11/2012

Lévi-Strauss, C., Eribon, D., 1988, De près et de loin, Éditions Odile Jacob

Marlow H.J., Hayes W.K., Soret S., Carter R. L., Schwab E. R., Sabaté J., 2009, Diet and the environment: does what you eat matter?, American Society for Clinical Nutrition, American Journal of Clinical Nutrition, 89(suppl):1699S–703S

Miles, A., 1991, Women, Health and Medicine, Milton Keynes and Philadelphia, Open University Press.

Montgomery, S., Herring P., Beeson, L., Butler, T., Knutsen, S., Sabaté, J., Shan, J., Fraser, G., Yancey, A., Preston-Martin, S., 2007, Comparing Self-reported Disease Outcomes, Diet, and Lifestyles in a National Cohort of Black and White Seventh-day Adventists, Preventing Chronic Disease, 4(3): A62. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955428/?tool=pubmed> . Consultado em 24/9/2012

Moreira, J., 2009, O impacto ambiental do consumo de carne – Trabalhos de campo II. Universidade Aberta.

Moura, A.P., s/d, Novos paradigmas alimentares: modo de produção biológico, Texto de Apoio, Universidade Aberta

Moura, A. P. (2000), O Comportamento do Consumidor face às Promoções de Vendas: Uma Aplicação para os Bens de Grande Consumo, AJE, Lisboa

Moura, A.P. (2007), Condicionantes às práticas de um consumo sustentável, Distribuição Hoje, Junho, p. 50

Petersen, B.J., Anousheh, R., Fan, J., Jaceldo-Siegl, K., Fraser, G.E., 2012, Vegetarian diets and blood pressure among white subjects: results from Adventist Health Study – 2 (AHS -2), Public Health Nutrition, 15(10): 1909-16, Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22230619>. Consultado em 10/12/2012.

Poulain, J-P., 2002, Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques, Editions Privat, Paris. Disponível em [http://www.anisetoile.org/IMG/pdf/03\\_Chapitre1\\_01\\_Poulain.pdf](http://www.anisetoile.org/IMG/pdf/03_Chapitre1_01_Poulain.pdf). Consultado em 15/10/2012

Quivy, R., Van Campenhoudt, L., 2005, Manual de Investigação em Ciências Sociais, Gradiva

Reijnders L., Soret S., 2003, Quantification of the environmental impact of different dietary protein choices, American Society for Clinical Nutrition, American Journal of Clinical Nutrition, 78(suppl):664S–8S

Rienks, J., Dobson, A.J., Mishra, G.D., 2013, Mediterranean dietary pattern and prevalence and incidence of depressive symptoms in mid-aged women: results from a large community-based prospective study, European Journal of Clinical Nutrition, 67(1):75-82. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23212131>. Consultado a 5/02/2014.

Rizzo, N.S., Sabaté, J., Jaceldo-Siegl, K., Fraser, G.E., 2011, Vegetarian dietary patterns are associated with a lower risk of metabolic syndrome: the adventist health study 2, Diabetes Care, May, 34(5):1225-7. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114510/>, Consultado em 28/9/2012

Rodriguez, A. M., Fit for food?, 1996, Disponível em <http://biblicalresearch.gc.adventist.org/Biblequestions/fitfood.htm>, Consultado em 4/10/2012

Saez-Almendros, S., Obrador, B., Bach-Faiq, A., Serra-Majem, L., 2013, Environmental footprints of Mediterranean versus Western dietary patterns: beyond the health benefits of the Mediterranean diet, Environmental Health: a global access science source, 12:118. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24378069>. Consultado em 5/02/2014.

Santos, B. S., 2008, Para além do Pensamento Abissal - Das linhas globais a uma ecologia de saberes, Eurozine. Disponível em [http://www.eurozine.com/articles/article\\_2008-02-19-santos-pt.html](http://www.eurozine.com/articles/article_2008-02-19-santos-pt.html) Consultado a 17/01/2013

Shea, W.H., 1988, Clean and unclean meats, Biblical Research Institute, General Conference of Seventh-day Adventists, Disponível em <https://adventistbiblicalresearch.org/sites/default/files/pdf/CleanandUnclean%20Meats.pdf>. Consultado a 23/9/2012

Silva, E.M.C., Gonçalves, S., Gomes, R., 2012, Problemas alimentares, exercício físico e bem-estar psicológico: Um estudo com mulheres na menopausa, Universidade do Minho. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21242/1/Elsa%20Marina%20da%20Costa%20e%20Silva.pdf>. Consultado em 7/02/2014.

Simkin-Silverman, L.R., Wing, R.R., 2000, Weight gain during menopause. Is it inevitable or can it be prevented?, Postgraduate Medicine, 108(3):47-50, 53-6. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11004935>. Consultado em 7/02/2014.

Singh, P.N., Haddad, E., Tonstad, S., Fraser, G.E., 2011, Does excess body fat maintained after the seventh decade decrease life expectancy?, Journal American Geriatric Society, 59(6):1003-11. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21649624>. Consultado em 23/1/2013

Sinha, R., Cross, A.J., Graubard, B.I., Leitzmann, M.F., Schatzkin, A. 2009. Meat Intake and Mortality. Arch Intern Med. 169: 562-571.

Stehfest, E., Bouwman, L., van Vuuren, D.P., den Elzen, M.G.J., Eickhout, B., Kabat, P., 2009, Climate benefits of changing diet, Climatic Change, 95: 83–102. Disponível em <http://dels.nas.edu/resources/static-assets/banr/AnimalProductionMaterials/StehfestClimate.pdf>. Consultado a 30/11/2012

Tantamargo-Bartley, Y., Jaceldo-Siegl, K., Fan, J., Fraser, G., 2013, Vegetarian Diets and the Incidence of Cancer in a Low-risk population, Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention, 22(2):286-94. Disponível em <http://cebp.aacrjournals.org/content/22/2/286.long>. Consultado em 22/2/2013

Tantamango, Y. M., Knudsen, S.F, Beeson W.L., Fraser, G., Sabaté, J., 2011, Foods and food groups associated with the incidence of colorectal polyps: the Adventist

Health Study, Nutrition Cancer, 63(4):565-72. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3427008/>, Consultado em 27/9/2012

Tavares, D. (Coord), 2010, Alicerces, II Jornadas de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Saúde: Complexidades e Perplexidades, Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa. Disponível em [www.ipl.pt/sites/ipl.pt/files/alicerces\\_3.pdf](http://www.ipl.pt/sites/ipl.pt/files/alicerces_3.pdf). Consultado a 11/01/2013

Thorp, D.L., Knulsen, S.L., Beeson, W.L., Rajaram, S., 2008, Effects of meat consumption and vegetarian diet on risk of wrist fracture over 25 years in a cohort of peri- and postmenopausal women, Public Health Nutrition, 11(6):564-572. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2757403/?tool=pubmed> , Consultado em 26/9/2012

Tonstad, S., Butler, T., Yan, R., Fraser G.E., 2009, Type of Vegetarian Diet, Body Weight, and Prevalence of Type 2 Diabetes, Diabetes Care., 32(5): 791–796, Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2671114/?tool=pubmed>, Consultado em 25/9/2012

Tonstad, S., Stewart, K., Oda, K., Batech, M., Herring, R.P., Fraser G.E., 2011, Vegetarian diets and incidence of diabetes in the Adventist Health Study-2, Nutrition, metabolism and cardiovascular diseases, Oct 7, (Epub ahead of print). Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21983060>. Consultado a 10/12/2013

Webb, A.P., Ellison, C.G., McFarland, M.J., Lee, J.W., Morton, K., Walters, J., 2010, Divorce, Religious Coping, and Depressive Symptoms in a Conservative Protestant Religious Group, 5: 554-557. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3729.2010.00622.x/abstract>. Consultado a 10/02/2014.

Willett W., 2003, Lessons from dietary studies in Adventists and questions for the future, American Society for Clinical Nutrition, American Journal of Clinical Nutrition, 78(suppl):539S–43

Zhang, X., Albanes, D., Beeson, W.L., van den Brandt, P.A., Buring, J.E., Flood, A., Freudenheim, J.L., Giovannucci, E.L., Goldbohm, R.A., Jaceldo-Siegl, K., Jacobs, E.J., Krogh, V., Larsson, S.C., Marshall, J.R., McCullough, M.L., Miller, A.B., Robien, K.,

Rohan, T.E., Schatzkin, A., Sieri, S., Spiegelman, D., Virtamo, J., Wolk, A., Willet, W.C., Zhang, S.M., Smith-Warner, S.A., 2010, Risk of colon cancer and coffee, tea and sugar sweetened soft drinks intake: pooled analyses of prospective cohort studies, Journal National Cancer Institute, 102(11):771-83. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879415/?tool=pubmed> Consultado em 23/1/2013

## SÍTIOS CONSULTADOS ONLINE

Instituto Nacional de Estatística, I.P., Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P., 2009, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Disponível em [http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx)

[2006.aspx](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx) Consultado em 18/5/2012

Direção-Geral da Energia e Geologia, Caracterização Energética Nacional 2010, Disponível em

<http://www.dgeg.pt/aaaDefault.aspx?f=1&back=1&codigono=77387764AAAAAAAAAAAAAAAA>. Consultado em 12/12/2012.

Earthsave Foundation, 2012, Disponível em <http://www.earthsave.org/environment/> Consultado em 11/12/2012

FAO, 2006, Livestock a major threat to environment, Disponível em <http://www.fao.org/newsroom/en/news/2006/1000448/index.html>. Consultado a 4/12/2012

FAO, 2008, Food energy and climate: a new equation. Disponível em <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/011/i0330e/i0330e00.pdf> Consultado em 11/12/2012

FAO, 2009, How to feed the world in 2050. Disponível em [http://www.fao.org/fileadmin/templates/wsfs/docs/expert\\_paper/How\\_to\\_Feed\\_the\\_World\\_in\\_2050.pdf](http://www.fao.org/fileadmin/templates/wsfs/docs/expert_paper/How_to_Feed_the_World_in_2050.pdf) . Consultado em 21/01/2014.

FAO, 2012, O que você precisa de saber sobre a fome em 2012. Disponível em <https://www.fao.org.br/oqvpssf2012.asp> Consultado em 11/12/2012

Greenpeace Brasil. 2009. A Farra do Boi na Amazônia. Disponível em <http://www.greenpeace.org/brasil/amazonia/gado> Consultado em 11/10/2012

Instituto Nacional de Estatística, I.P., Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P., 2009, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

Loma Linda University, Adventist Health Studies. Disponível em <http://www.llu.edu/public-health/health/index.page>. Consultado em 1/5/2012

Seventh Day Adventist Church. Disponível em <http://www.adventist.org/world-church/facts-and-figures/history/index.html>. Consultado em 4/10/2012

UNESCO, 2013, Lists of intangible cultural heritage and Register of best safeguarding practices. Disponível em <http://www.unesco.org/culture/ich/en/RL/00394>. Consultado em 27/01/2014

United Nations News Centre, 2013, World population projected to reach 9,6 billion by 2050. Disponível em <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=45165#.Ut5lrhCp3IU> . Consultado em 21/01/2014.

World Cancer Research Fund, 2007, Bowel Cancer Rates. Disponível em [http://www.wcrf.org/cancer\\_statistics/cancer\\_facts/bowel\\_cancer\\_rates.php](http://www.wcrf.org/cancer_statistics/cancer_facts/bowel_cancer_rates.php). Consultado a 29/11/2012

World Cancer Research Fund, 2007, Reducing your risk of bowel cancer. Disponível em [http://www.wcrf-uk.org/PDFs/Bowel\\_Cancer.pdf](http://www.wcrf-uk.org/PDFs/Bowel_Cancer.pdf) Consultado em 5/12/2012

World Health Organization, 1988, Declaração de Adelaide, Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis, Adelaide, Austrália

World Health Organization, 2005, Carta de Banguete para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado, 6ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde, Banguete, Tailândia

World Health Organization, 2013, Food security. Disponível em <http://www.who.int/trade/glossary/story028/en/> . Consultado a 30/1/2013

World Health Organization, 2013, Global Database on Body Mass Index, BMI classification, disponível em [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) , Consultado a 18/9/2013.

## ANEXO I – INQUÉRITO

Este inquérito realiza-se no âmbito de um estudo relativo aos padrões alimentares, saúde e sustentabilidade na comunidade adventista, no sentido da obtenção do grau de Mestre em Cidadania e Participação Ambiental, pela Universidade Aberta.

O objetivo desta entrevista é apurar quais são os padrões alimentares e de saúde da comunidade adventista que frequenta a Igreja Adventista de Sétimo Dia do Bom Fim (Porto) com o objetivo de os comparar, por um lado, com os da população portuguesa em geral e, por outro lado, com os da comunidade adventista que respondeu ao inquérito de saúde da Universidade de Loma Linda (Adventist Health Study). Também se pretende apurar a perceção que a comunidade adventista que frequenta a Igreja Adventista de Sétimo Dia do Bom Fim (Porto) tem da relação entre o seu padrão alimentar e de saúde e a sustentabilidade ambiental.

Não existem respostas certas ou erradas. É a sua opinião que é importante para nós. O anonimato das respostas é garantido.

Idade:

Sexo:

Peso:

Altura:

1- Como classifica o seu estado de saúde em geral?

Muito Bom ou Bom

Razoável

Mau ou Muito mau

2– Nos últimos 12 meses foi-lhe diagnosticada por um médico ou recebeu tratamento médico por alguma das seguintes doenças:

Cancro.....  
 Tensão Arterial Elevada.....   
 Asma.....  
 Enfarte de Miocárdio.....  
 Colesterol .....  
 Acidente Vascular Cerebral (AVC) .....  
 Enfisema/Bronquite Crónica.....  
 Diabetes (Tipo I e II) .....  
 Doença Reumática.....  
 Osteoporose.....

3 – Nos últimos 12 meses tomou medicamentos, receitados por um médico, para tratamento de algumas das seguintes doenças? Se sim, indique quais.

Não tomou.....   
 Não sabe/Não responde.....   
 Tensão Arterial Elevada.....   
 Redução do nível de colesterol.....   
 Dores.....

4 – Como classifica o seu regime alimentar:

Vegan.....   
 Ovo-lacto-vegetariano.....   
 Pesco-vegetariano.....   
 Semi-vegetariano (carne 1x semana).....   
 Não vegetariano.....

5 – Indique a frequência com que consome os seguintes tipos de alimentos:

	1 vez /dia	2-3 vezes/dia	4 ou + vezes/dia	Nunca ou raramente
Fruta				
Sumo de Fruta (néctar/ sumo)				
Saladas ou vegetais crus				
Leguminosas (feijão/grão)				
Legumes cozidos				
Sopa				
Pão				
Massas				
Laticínios				

	1 ou mais vezes	2-4 vezes/semana	1 vez/semana	1-3vezes/mês	Nunca ou raramente
Ovo					
Carne					
Peixe					
Bebida Refrigerante					
Bebida alcoólica					
Sobremesa					
Batata frita (de pacote)					

6 – Indique a frequência com que consome tabaco:

- Nunca .....   
 Raramente.....   
 Até 20 cigarros por dia.....   
 Mais de 20 cigarros por dia.....

7 – Indique a frequência com que consome bebidas alcoólicas:

- Nunca.....   
 Raramente.....   
 1-2 vezes por semana.....   
 3-4 vezes por semana.....   
 +5 vezes por semana.....

8 – Indique com que frequência pratica atividade física (inclui caminhar, correr, ginásio, ciclismo ou outra):

- Nunca .....   
 Raramente.....   
 Menos que 30 minutos por dia.....   
 30 a 60 minutos por dia.....   
 Mais que 60 minutos por dia.....

9 – Como classifica a sua qualidade de vida?

- Boa ou muito boa.....   
 Nem boa nem má.....   
 Má ou muito má.....

10 – Considera que o seu padrão alimentar e de saúde contribui para melhorar a sustentabilidade ambiental?

- Não.....   
 Sim.....   
 Sim mas o impacte é pequeno.....   
 Não sabe ou não responde.....

Muito obrigada pela sua colaboração