

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO RENÉ RACHOU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TABAGISMO, RELIGIÃO E RELIGIOSIDADE ENTRE ADULTOS BRASILEIROS  
MAIS VELHOS.**

Por

Claudio Santiago Dias Junior

Belo Horizonte

2023

**DISSERTAÇÃO**

**MSC-IRR**

**C.S. DIAS JUNIOR**

**2023**

**CLAUDIO SANTIAGO DIAS JUNIOR**

**TABAGISMO, RELIGIÃO E RELIGIOSIDADE ENTRE ADULTOS BRASILEIROS  
MAIS VELHOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração: Saúde Coletiva.  
Orientação: Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho

Belo Horizonte  
2023

D543t Dias Júnior, Cláudio Santiago.  
2023

Tabagismo, religião e religiosidade entre adultos brasileiros mais velhos. / Cláudio Santiago Dias Júnior. - Belo Horizonte, 2023.

44 f. : il.

Orientador: Antônio Ignácio de Loyola Filho

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva), Belo Horizonte, 2023.

Bibliografia: f. 36-44.

1. Idosos/psicologia. 2. Tabagismo. 3. Comportamento de Fumar/psicologia. 4. Religião e Psicologia. 5. ELSI-Brasil/tabagismo. I. Título.

CDD 305.26

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica:  
Nuzia Pereira dos Santos – CRB/6 3740 FIOCRUZ. Instituto René Rachou.  
Biblioteca de Ciências da Saúde Prof. Zigman Brener

**CLAUDIO SANTIAGO DIAS JUNIOR**

**TABAGISMO, RELIGIÃO E RELIGIOSIDADE ENTRE ADULTOS BRASILEIROS  
MAIS VELHOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração: Saúde Coletiva.  
Orientação: Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho

**Banca examinadora:**

Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho (IRR – Fiocruz Minas) Presidente  
Profa. Dra. Raquel Zanatta Coutinho (Universidade Federal de Minas Gerais) Titular  
Profa. Dra. Juliana Vaz de Melo Mambrini (IRR – Fiocruz Minas) Titular  
Prof. Dr. Sérgio William Viana Peixoto (IRR – Fiocruz Minas) Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 13/07/2023

*Este trabalho é dedicado a todos os brasileiros que vivenciaram o terror dos últimos quatro anos e que não desistiram de mudar o país. A luta continua!*

## AGRADECIMENTOS

A escrita de uma dissertação é vista como um trabalho solitário. Se pensarmos estritamente na produção do texto, sim, mas na realidade, todo o processo está envolto em uma teia de relações profissionais e pessoais que tornam a caminhada mais agradável. Nesse processo, que para mim foi um desafio em diversos aspectos, várias pessoas foram importantes, direta ou indiretamente.

Agradeço primeiramente a minha família, que dividiu comigo toda a caminhada realizada para chegar ao final do mestrado. Um abraço fraterno à Ana Paula, Daniel e Bruno. Este trio é para sempre!

Uma pessoa fundamental foi meu orientador, o professor Antônio Ignácio de Loyola Filho. Seus conhecimentos epidemiológicos e sua leitura minuciosamente crítica, quase um ferrinho de dentista, melhoraram, e muito, esta dissertação. Não tenho dúvidas que levarei muito do aprendizado das conversas que tivemos para a vida toda.

A todos os professores do curso, que possui um corpo docente qualificadíssimo e bastante empenhado em formar profissionais para discutir a saúde pública no Brasil. Em especial agradeço as professoras Juliana Mambrini e Taynãna Simões da área de Bioestatística e os professores Fabiola Bof, Sérgio Peixoto e Antônio Loyola da área de Epidemiologia. Foi justamente meu interesse nessas as duas áreas de conhecimento que me fez voltar ao René Rachou.

Ao Departamento de Sociologia e ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFMG meus sinceros agradecimentos por permitirem a realização desse mestrado. Os conhecimentos adquiridos aqui serão bastante úteis aos meus alunos da disciplina *Sociologia da Saúde*.

Não podia faltar o “Sem moral”, um grupo de zap formado por seis grandes amigos. Os momentos de interação on-line, e muitas vezes, pessoalmente, foram essenciais para a minha cabeça. Valeu pessoal!

## RESUMO

**Introdução:** O tabagismo é um dos principais fatores de risco para diversas doenças crônicas e mortes prematuras. No Brasil, estima-se que cerca de 15% da população adulta seja fumante, o que representa um grave problema de saúde pública. A religião e a religiosidade podem influenciar o comportamento dos indivíduos em relação ao consumo de tabaco, tanto na prevenção quanto no tratamento da dependência. Nesse sentido, estudar a relação entre tabagismo e religião é pertinente, pois pode fornecer informações valiosas sobre como as atitudes religiosas podem influenciar o comportamento relacionado ao tabaco e ajudar os profissionais de saúde a abordar melhor as questões relacionadas ao tabagismo, além de ajudar a desenvolver estratégias de prevenção eficazes. **Objetivo:** Investigar a associação entre tabagismo, religião e religiosidade, utilizando uma amostra representativa da população adulta brasileira com 50 anos ou mais no Brasil. **Metodologia:** Foram utilizados os dados coletados na segunda onda do Estudo Longitudinal da Saúde dos idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), realizado entre os anos de 2019-2021. Foram realizadas análises descritivas para estabelecer o perfil da amostra, a distribuição do tabagismo segundo as variáveis de ajuste, sendo utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott e calculado a prevalência do tabagismo segundo religião e religiosidade. Foram construídos dois modelos de regressão logística binária para testar a hipótese de associação entre as variáveis, considerando o nível de significância de 5%. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que o indivíduo com religião possui uma chance 23% menor de fumar quando comparado a um indivíduo que não possui religião. Em relação à religiosidade, medida pela frequência religiosa, os dados mostraram que quanto mais frequente, menores são as chances de o indivíduo fumar. Para um indivíduo com alta frequência religiosa os resultados mostraram que a chance de fumar foi 61% menor quando comparado com um indivíduo que não frequenta eventos religiosos. **Conclusão:** Os resultados deste estudo indicam que a religião pode ser um fator a ser considerado nas iniciativas voltadas para o combate ao tabagismo, e que o envolvimento das instituições religiosas e seus representantes podem contribuir para o controle do tabagismo tanto entre os fiéis, assim como podem colaborar para novas abordagens de combate ao tabagismo nas políticas de saúde pública para a população em geral.

**Palavras-chave:** Idosos, Tabagismo, Religião, Religiosidade, ELSI-Brasil

## ABSTRACT

**Introduction:** Tabagism is one of the main risk factors for various chronic diseases and premature deaths. In Brazil, it is estimated that about 15% of the adult population is smoking, which represents a serious public health problem. Religion and religiosity can influence the behavior of individuals about tobacco consumption, both in the prevention and treatment of addiction. In this sense, studying the relationship between tabagism and religion is relevant, as it can provide valuable insights on how religious attitudes can influence tobacco-related behavior and help healthcare professionals better address smoke related issues, as well as help develop effective prevention strategies. **Objective:** To investigate the association between tabagism, religion and religiousness, using a representative sample of the Brazilian adult population aged 50 years or older in Brazil. **Methodology:** Data from the second wave of The Brazilian Longitudinal Study of Ageing (ELSI-Brazil) conducted between 2019-2021 were used. Descriptive analyses were conducted to establish the sample profile, the distribution of tabagism according to the adjustment variables, using the Pearson qui-square test with Rao-Scott correction and calculated the prevalence of smoke according to religion and religiosity. Two binary logistic regression models were built to assess the association hypothesis between the variables, considering the 5% significance level. **Results:** The results showed that the individual with a religion has a 23% lower chance of smoking when compared to an individual without a religion. In relation to religiousness, measured by religious frequency, the data showed that the more frequent, the less likely the individual is to smoke. For an individual with high religious frequency, the results showed that the chance of smoking was 61% lower when compared with an individual who did not attend religious events. **Conclusion:** The results of this study indicate that religion can be a factor to be considered in initiatives aimed at fighting smoking, and that involvement of religious institutions and their representatives can contribute to smoke control both among the faithful and can collaborate on new approaches to fight smoke in public health policies for the general population.

**Keywords:** Elderly, Tabagism, Religion, Religiosity, ELSI-Brazil

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas, condições de saúde e comportamento em saúde, ELSI-Brasil, 2019-2021.	24
Tabela 2 – Distribuição do tabagismo segundo características sociodemográficas, condições de saúde e comportamento em saúde, ELSI-Brasil, 2019-2021.	26
Tabela 3 – Razão de chance de fumar, segundo a religiosidade ELSI-Brasil, 2019-2021.	28
Tabela 4 - Razão de chance de fumar, segundo a religiosidade, ELSI-Brasil, 2019-2021.	29

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC - Acidente vascular cerebral

COVITEL - Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia

CQCT – Convenção-quadro para controle do tabaco

DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crônica

ELSI-Brasil - Estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada

MPOWER – Monitor, Protect, Offer, Warm, Enforce, Raise

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	10
2. OBJETIVO	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 Tabagismo	13
3.2 Religião e saúde: mecanismos de associação	15
3.3 Religião, religiosidade e tabagismo	17
4. METODOLOGIA	19
4.1 Delineamento e Contexto do Estudo	19
4.2 População de estudo	19
4.3 Coleta de dados e variáveis de estudo	22
4.4 Análise dos dados	20
4.5 Considerações éticas	22
5. RESULTADOS	23
5.1 Caracterização das populações de estudo	23
5.2 Prevalência de tabagismo segundo a exposição de interesse	25
5.3 Prevalência de tabagismo segundo variáveis de ajuste	25
5.4 Análises univariadas e multivariadas da associação entre tabagismo e religião/religiosidade	27
6. DISCUSSÃO	30
7. CONCLUSÃO	34
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÃO	35
9. BIBLIOGRAFIA	36

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O tabagismo passou a ser identificado como fator de risco para uma série de doenças a partir da década de 1950. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou. Atualmente é estimado em 1,14 bilhão de usuários de tabaco no mundo, que juntos, consumiram 7,4 trilhões de cigarros em 2019. É importante destacar que o consumo de tabaco é responsável pela morte de mais de 8 milhões de pessoas por ano, sendo que desse total, cerca de 1,2 milhão desses óbitos são entre os fumantes passivos (Reitsma et al, 2021; WHO, 2019).

Apesar de constituir um problema de saúde pública, há pouco estudos sobre a prevalência do tabagismo na população mais velha (Abdel-hady, El-gilany, 2020; Peixoto et al, 2006). Nesse sentido, estudar o tabagismo considerando essa população é muito importante, uma vez que o uso de tabaco diminui a expectativa de vida saudável desse grupo, aumentando muito os custos de saúde, tanto para o indivíduo quanto do Estado. Além desses aspectos, é importante destacar que entre esse grupo há uma maior dificuldade em largar o hábito de fumar, o que gera desafios adicionais às políticas de saúde pública de combate ao tabagismo (Mahmud et al, 2021; Barbosa et al, 2018; Goulart et al, 2010; Peixoto et al, 2006).

Apesar da literatura demonstrar que os determinantes sociais da saúde contribuíram para um reconhecimento da importância primordial das forças sociais na determinação da saúde da população, a análise da influência da religião (um importante marcador social) sobre saúde e morbimortalidade das populações é pouco frequente (Idler et al, 2017; Braverman; Gottlieb, 2014; Garussi, Nakhaee, 2012). Em relação à produção científica brasileira e latino-americana sobre o tema, pode-se afirmar que ainda é incipiente, embora ao longo das últimas décadas tenha ocorrido um aumento de estudos considerando as possíveis associações entre religião e eventos de saúde (Mattos et al, 2022; Damiano et al 2016; Kuhnen et al, 2009; Ellison; Hummer, 2010).

Alguns estudos sugerem que diferentes mecanismos mediadores da influência da religião na saúde e bem-estar podem ditar normas de comportamento a partir de ensinamentos sobre o que seria certo ou errado, permitido ou não. Cartwright (2021), por exemplo, demonstra que muitas religiões inibem (ou proíbem) o uso de substâncias como o álcool e o tabaco, além de estimular a prática de exercícios físicos e de uma alimentação saudável. Em geral, evidências empíricas indicam que a religião tem um efeito positivo na saúde, o que é mais comumente observado entre grupos com maior frequência de práticas religiosas (Abdel-hady e El-gilany,

2020; Silveira; Azambuja, 2018; Brown et al, 2014). Por outro lado, a literatura também aponta para potenciais efeitos negativos da religião na saúde, uma vez que líderes e ensinamentos religiosos podem fazer com que fiéis retardem, ou não procurem, serviços de saúde, optando pela busca da cura divina (Ellison; Lee, 2010; Krause; Ellison, 2009). Alguns estudos mostram que grupos religiosos podem desencorajar comportamentos de procura de ajuda profissional para cuidados de saúde, promover o uso inadequado de serviços e incentivar o tratamento exclusivo pela igreja (Holt et al, 2014). Essa resistência em aceitar tratamento médico pode gerar um aumento na piora das condições de saúde do indivíduo, podendo levar até a morte (Alves et al, 2010).

Em uma análise com os dados do Estudo Pró-Saúde, Verona et al (2024) apontaram que a religião pode ter um papel importante tanto para evitar o uso quanto para ajudar na cessação do tabagismo. Roff et al (2005) mostraram que os indivíduos religiosamente ativos eram menos propensos a começar a fumar. No geral, esses estudos sugerem que pode haver uma relação entre religião, religiosidade e tabagismo entre adultos mais velhos, sendo necessária a realização de mais pesquisas para entender a natureza desta relação em diversos locais e culturas.

Partindo dessa questão, esta dissertação utilizou os dados da população com 50 anos e mais da segunda onda do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) para calcular a prevalência de tabagismo bem como investigar as possíveis associações entre tabagismo, religião e religiosidade, por meio de modelos de regressão logística. O estudo buscou compreender e explorar as possíveis relações entre esses fenômenos, considerando fatores socioculturais, comportamentais e de saúde que poderiam influenciar no tabagismo.

Por meio dessas análises, espera-se demonstrar as possíveis relações entre tabagismo, religião e religiosidade, fornecendo novas possibilidades para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública e intervenções eficazes nessa área no Brasil.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Investigar a associação entre tabagismo, religião e religiosidade em uma amostra representativa da população brasileira com 50 anos ou mais de idade.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Estimar a prevalência do tabagismo.
- b) Investigar a existência de associação independente entre religião, religiosidade e tabagismo nessa população, ajustada por variáveis sociodemográficas e de condições de saúde.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 - Tabagismo

O tabagismo (ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco) é um problema de saúde pública mundial, pois causa inúmeras doenças e fatalidades. Existem diversos fatores individuais e contextuais que afetam o uso do tabaco, como busca de novas experiências, pressão de pares, estilo de vida, normas e valores sociais, publicidade e propaganda, regras culturais, questões religiosas, dentre outros aspectos (Morais et al, 2022).

Mesmo com as mais diversas ações no combate ao uso de tabaco, o tabagismo ainda é a principal causa de morte evitável no mundo. Por ano, o tabagismo é responsável por cerca de 8 milhões de óbitos, sendo que 7 milhões dessas mortes são resultado do uso direto do tabaco, e um milhão são resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo (WHO, 2021).

Dados da OMS mostram que em 2020, 22,3% da população global com 15 anos e mais utilizou tabaco, sendo 36,7% dos homens e 7,8% das mulheres. Os dados referentes à população com 55 anos e mais, em termos globais, mostram um declínio da prevalência do uso de tabaco entre 2000 e 2020. Para o grupo de 55-64 anos, a prevalência passou de 40,1% em 2000 para 24,8%. Entre os indivíduos de 65-74 anos, a prevalência passou de 34% em 2000 para 22,7%. Já para o grupo de 75-84 anos a prevalência passou de 27,1% para 18%, e para os indivíduos com 85 anos e mais, foi de 18,9% para 12,7%. Mesmo com a redução da prevalência do tabagismo entre a população mais velha, os percentuais são altos e geram impactos negativos na saúde da população (WHO, 2021).

Uma característica importante na prevalência do tabagismo é sua variação regional. Segundo dados de 2002, cerca de 11,5% dos europeus com 65 anos e mais fumavam (15,3% dos homens e 8,6% das mulheres). Ao analisar as sub-regiões da Europa, é possível identificar diferenças regionais (Strong et al, 2008). A prevalência de tabagismo entre homens é maior na Europa Oriental e Central (20,3%), e a prevalência entre mulheres é maior no norte da Europa (13,1%) (Lugo et al, 2013). Refinando a análise para os países, cerca de 43% dos homens com 60 anos e mais na Rússia são tabagistas, enquanto na Armênia essa prevalência chega a 45% (Pomerleau et al, 2004). Na Dinamarca, considerando a população de 50 a 69 anos, cerca de 65% eram fumantes (Osler et al, 1998). Em Portugal, a prevalência entre homens com 60 a 69 anos era de 26,2% (Santos e Barros, 2004).

A África é o continente com a menor prevalência de fumantes. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, a prevalência no continente, considerando a população com 15 anos e mais, chega a 18,5% (WHO, 2019). Como o continente africano é muito heterogêneo, é

possível observar padrões distintos. A África Subsaariana apresenta prevalência muito pequena, apesar de estar particularmente em risco porque se observa na região estágios iniciais de uma pandemia de tabaco. Isso significa que é provável que essa região venha a ter o maior aumento no uso de tabaco no mundo (Siddiqi, 2019). Não obstante, as prevalências segundo estados nacionais ainda são relativamente baixas comparando com outras regiões e países do mundo. Em Botswana, a prevalência entre idosos com 60 anos e mais (ambos os sexos) era de 11% (Clausen et al, 2000). Por outro lado, no país vizinho da África do Sul, a prevalência entre homens com 65 anos e mais de idade era de 38,5% (Steyn et al, 2002). Na parte islâmica da África, a prevalência para o Egito foi de 25,3% entre a população com 60 anos e mais, mesmo o Islã proibindo o uso de tabaco (Adbel-hady e El-gilany, 2020).

Em relação à Ásia, dados evidenciam um grande contingente de tabagistas na região, sendo que no sudeste asiático, a situação é bastante grave (Thakur et al, 2011). No Japão, entre os homens com mais de 60 anos, a prevalência chega a 42,9% (Ohida et al, 2001). Comparando esses resultados com um estudo recente conduzido por Hirayama et al (2014), foi verificado um declínio na prevalência entre os idosos japoneses, mesmo assim, os valores são elevados (26.3%). No Paquistão, entre homens de 65 anos e mais a prevalência é de 38,5% (Nasir e Rehan, 2001). Na China, entre 2000 e 2010 houve uma pequena redução na prevalência de fumar, que declinou de 24,7% para 21,2% entre os homens entre 60 e 95 anos, enquanto a prevalência entre as mulheres diminuiu significativamente, de 8,8% em 2001 para 4,1% em 2010 (Yang et al, 2015). Segundo Kim et al, 2021, 36,0% dos idosos com 60 anos e mais na Coreia do Sul eram fumantes e, ao passo que na população com 55 a 69 anos do Butão, os fumantes somam 20,2% (Gurung et al, 2016). Em outro estudo conduzido na Indonésia junto a uma amostra probabilística de 8.001 indivíduos com 50 anos ou mais, aproximadamente um terço dos participantes (33,3%) eram tabagistas, com prevalência significativamente mais alta entre homens (62,2%), em comparação com as mulheres (6,5%) (Pengpid; Peltzer; 2019).

Nas Américas, a situação também é bastante heterogênea. Nos Estados Unidos, de acordo com a OMS, aproximadamente 21,9% dos adultos no país fumam cigarros. Entre os homens com 65 anos e mais a prevalência é de 9,7% e entre as mulheres 7,4% (Henley et al, 2019; WHO, 2019). Já em relação à América Latina e Caribe, aproximadamente 17% dos adultos usam tabaco. No entanto, a prevalência varia muito entre os países. Por exemplo, em 2020 era esperado que na Argentina a prevalência do uso do tabaco chegasse a 24%, enquanto na Bolívia seria mais baixo, de 13,2% (WHO, 2019). No Brasil, dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostram que a prevalência do tabagismo entre adultos brasileiros diminuiu de 15,7% em 2006

para 9,8% em 2019 (Maia et al, 2021). Em relação ao tabagismo entre a população brasileira com 50 anos e mais, Amaral Junior et al (2020), utilizando dados da linha de base do estudo ELSI-Brasil, demonstraram que a prevalência de fumantes é maior entre os homens, quando comparados às mulheres. No grupo de 60 a 69 anos, 21,3% dos homens declararam fumar, contra 14,3% das mulheres, e no grupo etário de 70 anos e mais, as prevalências eram de 12,9% e 6,9%, para homens e mulheres, respectivamente. Já na PNS-2013, 10% dos homens com 65 anos e mais e 4% das mulheres desse mesmo grupo etário fumavam (Pinto et al, 2017).

Apesar do declínio observado em diversos países, a prevalência do tabagismo ainda é muito elevada. Dada a importância da questão para a saúde pública, a OMS tem tentado auxiliar os países no combate ao fumo, a partir do Programa MPOWER (*Monitor, Protect, Offer, Warm, Enforce, Raise*). Esse programa da OMS busca implementar restrições abrangentes na publicidade e promoção do cigarro, proibição de fumar em áreas públicas, advertências de saúde nos maços de cigarros, aumento dos impostos sobre o tabaco e programas de cessação para reduzir o uso do tabaco e seus efeitos nocivos à saúde (OMS, 2019). Desde sua implementação, em 2007, houve consideráveis avanços no controle do tabagismo em nível mundial. Atualmente, quase 5 bilhões de pessoas (equivalente a 65% da população mundial) são alcançadas por pelo menos uma medida MPOWER em seu mais alto nível de implementação. Apesar dos avanços conseguidos pelo Programa MPOWER, ainda é bastante considerável o número de fumantes no mundo (OMS, 2019).

### **3.2 - Religião e saúde: mecanismos de associação**

A literatura sugere diferentes mecanismos pelos quais a religião influencia a saúde e bem-estar dos indivíduos (Moreira-almeida; Lotufo Neto; Koenig, 2006). Em geral, estudos indicam que a religião tem um efeito positivo na saúde, o que é mais comumente observado entre grupos com maior frequência de práticas religiosas (como frequência aos cultos ou missas). Por outro lado, alguns estudos também sugerem os efeitos negativos da religião na saúde. Tais efeitos podem ser observados em igrejas que enfatizam demônios ou poderes do mal (Nie; Olson, 2017), a ideia de pecado e de sentimento de culpa (Koenig, 2012) e mais especificamente, igrejas que enfatizam “a cura pela fé,” que podem desestimular a procura por cuidados médicos, levando a um agravamento do estado de saúde do fiel (Santos et al 2013; Cerqueira-Santos et al 2004).

Segundo Verona (2011) e Smith (2003), em várias religiões, a oferta de ajuda em momentos de adversidade constitui um mecanismo pelo qual a religião pode influenciar a vida das pessoas. Entre seus adeptos, a fé ou crenças religiosas podem ajudar a lidar com o estresse e dificuldades experimentadas na vida. Dessa forma, a religião pode influenciar a saúde por

meio da oferta de técnicas de superação de momentos difíceis (*coping skills*), como no enfrentamento de uma doença (Santos et al, 2013; Koenig, 2012), conflitos familiares e dificuldades financeiras (Machado, 2005; Ellison; Levin, 1998; Burdick, 1996; Mariz, 1994).

Outro possível mecanismo de influência religiosa na saúde, relacionado ao anterior, ocorreria via promoção de redes de apoio e de capital social. O envolvimento religioso muitas vezes facilita a obtenção de ajuda espiritual, médica, psicológica e financeira, por meio da disponibilização de oportunidades e recursos como tempo e espaço, sendo um importante agente de socialização (Verona et al, 2024; Setton, 2008).

A religião ainda pode contribuir para a criação de laços intergeracionais e pode ser uma fonte de ajuda para diferentes grupos etários, incluindo os adolescentes e os idosos (Smith, 2003; Ringdal, 1996;). Estes laços são baseados em relações de confiança e de cuidado e podem ser importantes fontes de informação, recursos e oportunidades (Idler et al, 2017; Glanville, Sikkink e Hernández, 2008; Muller. Ellison, 2001). A criação e manutenção de laços sociais via participação religiosa têm sido associadas a uma menor chance de o indivíduo apresentar comportamentos nocivos à saúde (Upenieks, 2020; Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig, 2006).

No que tange especificamente aos comportamentos em saúde, a religião oferece diretrizes e normas de comportamento a partir de ensinamentos sobre o que seria certo ou errado, permitido ou não. Muitas religiões inibem (ou mesmo proíbem) o uso de substâncias como o álcool e o tabaco e estimulam a prática de exercícios físicos e de uma alimentação saudável (Cartwright, 2021; Holt et al, 2014; Koenig, King e Carson, 2012). Algumas religiões argumentam que o corpo seria “o templo do Espírito Santo” e que, portanto, deve ser bem cuidado (Cartwright, 2021; Smith, 2003).

Em resumo, pode-se afirmar que os mecanismos da religião podem desempenhar um papel significativo na saúde do indivíduo de várias maneiras. Embora os efeitos específicos possam variar de acordo com a cultura, contexto religioso e características individuais, aqui estão os mecanismos comuns pelos quais a religião pode afetar a saúde:

*Suporte social:* A religião muitas vezes proporciona um senso de comunidade e suporte social. Participar de comunidades religiosas pode fornecer redes de apoio emocional, interações sociais positivas e senso de pertencimento, que são fatores protetores para a saúde mental e emocional (Upenieks, 2020).

*Práticas de autocuidado:* Muitas religiões promovem práticas de autocuidado, como meditação, oração, jejum e abstinência, que podem ter benefícios para a saúde física e mental.

Essas práticas podem promover relaxamento, reduzir o estresse e promover hábitos saudáveis de estilo de vida (Cartwright, 2021).

*Estrutura moral e ética:* A religião frequentemente fornece um sistema de valores, princípios éticos e orientação moral. Esses princípios podem influenciar o comportamento do indivíduo, levando a escolhas de estilo de vida saudáveis, como evitar comportamentos de risco, praticar a moderação e cuidar do corpo como um templo sagrado (Cartwright, 2021).

*Sentido de significado e propósito:* A religião pode fornecer um senso de significado e propósito na vida, ajudando as pessoas a lidarem com desafios e adversidades. Ter uma crença em um plano maior ou um propósito divino pode promover a resiliência emocional e mental, o que pode ter resultados positivos na saúde geral (Aquino et al, 2009).

*Apoio espiritual:* A dimensão espiritual da religião pode oferecer conforto, esperança e consolo em momentos de doença, dor ou perda. Acreditar em uma força superior ou ter uma conexão espiritual pode ajudar as pessoas a encontrarem significado em suas experiências de saúde e enfrentar dificuldades com uma perspectiva positiva (Jesus et al, 2023).

### **3.3 – Religião, religiosidade e tabagismo**

Alguns estudos têm demonstrado que a religião, e todos os aspectos relacionados a ela, como religiosidade, fé, espiritualidade, dentre outros, pode estar associada negativamente com o hábito de usar tabaco (Garrusi; Nakhaee, 2012; Sachs-Ericsson et al, 2011). A relação negativa entre esses dois fenômenos é esperada, uma vez que muitas religiões não aprovam o consumo de tabaco, embora não o proíbam totalmente (Borges et al, 2021; El awa, 2004;).

Essa associação negativa foi identificada Benjamins e Buck (2008) que observaram que entre os indivíduos com maior participação religiosa existia um menor percentual de fumantes, além de um comportamento mais cuidadoso com a saúde, via ações de prevenção, que incluíam não fumar. De fato, diversos estudos mostram que é mais esperado que pessoas religiosas tenham uma menor chance de fumar quando comparadas com pessoas não religiosas (Ogbodo, Onyekwum, 2023; Brown et al, 2014; Whooley et al, 2002).

Em relação ao Brasil, algumas pesquisas relatam que principalmente os evangélicos pentecostais e os católicos carismáticos são os grupos que mais explicitamente desestimulam o consumo de produtos que podem afetar negativamente a saúde de seus membros (Mariz, 2016; Silveira, 2011; Valla, 2002; Machado, 1996; Mariz, 1994). Por exemplo, as chances de fumar são menores entre os evangélicos, quando comparados com indivíduos de outra religião, ou com aqueles sem religião (Lucchetti et al, 2012; Martinez et al, 2017; Martinez et al, 2019). Fato é que os brasileiros dão importância às recomendações de suas denominações religiosas

nas escolhas que fazem no que se refere à saúde, como o uso ou não de tabaco (Borges et al, 2021).

Embora a maioria dos estudos apresentem uma relação negativa entre religião, religiosidade e uso de tabaco, alguns resultados empíricos revelam uma associação interessante entre a ação estatal e declínio do tabagismo. Yong et al (2013), em um estudo comparativo entre o islamismo na Malásia e o budismo na Tailândia, demonstraram que em uma realidade onde não exista uma política estatal contra o tabagismo (o caso da Malásia), a visão e ensinamentos religiosos em relação ao consumo de tabaco pode ter um papel mais central. A partir desse estudo é razoável supor que se existir uma ação coordenada pelo Estado no combate ao tabagismo, a religião pode perder o protagonismo.

Essa observação é importante porque no Brasil o declínio no número de fumantes nas últimas décadas é em grande parte devido ao sucesso da campanha antitabagista no país, que centrou esforços no aumento do preço e da taxaço do tabaco, na regulação na divulgação de produtos derivados do tabaco, uso de imagens nas cartelas de cigarros revelando as consequências do uso do tabaco no indivíduo e na família, dentre outras ações (INCA, 2020; Figueiredo et al, 2017). Não obstante, é possível considerar que com as grandes transformações no perfil religioso da população (principalmente no aumento da população evangélica), a religião também possa ter colaborado, mesmo marginalmente, na diminuição no número de fumantes (Coutinho e Golgher, 2014).

Estudos que buscam associação entre religião e saúde, de um modo geral, precisam ficar atento às causalidades reversas e aos efeitos de seleção, que podem mascarar as reais associações entre essas variáveis (Regnerus, Smith, 2005). Resultados encontrados por Mattos et al (2022) por exemplo, mostram uma prevalência maior de tabagistas no grupo de pessoas envolvidas com a religião. Ou seja, esse fato pode evidenciar a busca dos tabagistas por uma ajuda religiosa para a cessação do uso de tabaco.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Delineamento e Contexto do Estudo

O estudo teve um delineamento transversal, baseados nos dados da segunda onda do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), coletados entre 2019 e 2021.

O ELSI-Brasil é um estudo de coorte de base populacional, realizado junto a uma amostra representativa da população brasileira não institucionalizada com 50 anos ou mais de idade, cujo objetivo principal é examinar a dinâmica do envelhecimento da população brasileira e seus determinantes. O ELSI-Brasil integra uma rede internacional de grandes estudos longitudinais sobre o envelhecimento, que são denominados *Health and Retirement Family of Studies*. Embora esses estudos sejam independentes, atendendo às demandas e particularidade de cada país, eles procuram adotar uma metodologia comum para permitir comparações internacionais. A importância internacional dessa base de dados pode ser medida pelo fato de o ELSI-Brasil fazer parte do *Gateway to Global Aging Data*, uma plataforma que reúne e harmoniza dados sobre a população idosa e saúde de diversos países, como Estados Unidos, China e Índia, além de diversos países europeus e México (Lima-Costa et al, 2018).

A linha de base do ELSI-Brasil foi estabelecida em 2015. Na segunda rodada, além da replicação do questionário aplicado no inquérito da linha de base, foram coletadas ainda amostras de saliva para a extração do DNA dos respondentes, biomaterial armazenado no banco de material genético que abriga as amostras de sangue coletadas na linha de base (Lima-Costa et al, 2023).

### 4.2 População de estudo

A população de estudo é resultante de um processo amostral complexo, que visou garantir a representatividade da população com 50 anos ou mais, residente nas áreas urbana e rural e em municípios de pequeno, médio e grande porte. Para atingir esse objetivo, o processo de amostragem utilizou um delineamento por estágios, combinando estratificação de unidades primárias de amostragem (municípios), setores censitários e domicílios. Os municípios selecionados foram alocados em quatro estratos, definidos pelo tamanho da sua população. Os quatro estratos foram categorizados da seguinte forma: primeiro estrato ( $\leq 26.700$  habitantes, com 4.420 municípios); segundo estrato (26.701-135.000 habitantes, com 951 municípios); terceiro estrato (135.001-750.000 habitantes, com 171 municípios); e quarto estrato ( $> 750.000$  habitantes, com 23 municípios). Todos os residentes do domicílio selecionado, com idade igual ou superior a 50 anos foram arrolados para participação. O processo amostral visava a

realização de 10.000 entrevistas na linha de base do estudo, tendo sido entrevistados 9.412 indivíduos (Lima-Costa et al, 2018).

Para a realização deste estudo foram incluídas nas análises apenas os participantes da segunda onda, com dados completos para todas as variáveis de estudo (evento, exposições de interesse e variáveis de ajuste). No total, a amostra utilizada foi de 8.703 indivíduos. Foram excluídos 1.246 participantes, o que representa 12,5% da amostra. Esta perda se refere a participantes com dados faltantes para as variáveis utilizadas no estudo.

### **4.3 – Coleta de dados e variáveis de estudo**

A coleta de dados da segunda onda do ELSI-Brasil se deu entre agosto de 2019 a março de 2021. Essa coleta foi realizada por meio de aplicação do questionário do ELSI em entrevistas domiciliares, face a face. Os dados do participante incluíram características sociodemográficas, de trabalho e aposentadoria, comportamento de saúde, saúde da mulher, saúde física e mental, medidas psicossociais, uso de medicamentos e serviços de saúde, dentre outros (Lima-Costa et al, 2023).

A variável evento foi o tabagismo. Ela foi construída a partir das questões “*Ao longo da vida o(a) Sr(a) já fumou pelo menos 100 cigarros?*” e “*Atualmente o sr(a) fuma?*”. Se o entrevistado respondeu ter fumado mais de 100 cigarros ao longo da vida foi considerado fumante e com isto ele respondeu à questão seguinte, que perguntava se o entrevistado fumava no momento da pesquisa. Assim, a população de fumantes que compõe a variável evento são os indivíduos que fumaram mais de 100 cigarros durante a vida e que declararam fumar no momento da pesquisa, independentemente de fazê-lo diariamente ou não. O grupo de ex-fumantes (aqueles que fumaram mais de 100 cigarros ao longo da vida, mas que no momento da pesquisa não fumavam mais) foram classificados como não fumantes. A pergunta sobre o hábito de fumar foi restrita ao uso de cigarros industrializados, não sendo incluído cachimbo, charutos, narguilé, cigarro eletrônico ou outros produtos de tabaco que não fazem fumaça, como rapé e fumo de mascar.

Duas variáveis de exposição específica foram incluídas no estudo: religião e religiosidade. A variável religião considerou ter uma religião (qualquer que seja a denominação) como categoria de exposição. Já a religiosidade foi aferida por meio da frequência a cerimônias religiosas, grupos de oração em templos ou igrejas ou pela TV, nos últimos 12 meses, restrita àqueles participantes que informaram ter uma religião. Foram consideradas quatro categorias: (1) alta (uma ou mais vezes por semana), (2) média (de uma a três vezes por mês), (3) baixa (menos de uma vez por mês) e (4) nenhuma vez (categoria de referência).

É importante pontuar que a medição da religiosidade é um tema complexo e que pode envolver diferentes dimensões, como crenças, práticas religiosas, experiências subjetivas, entre outras. Neste trabalho, a medida da frequência a cultos religiosos foi um *proxy* da religiosidade (Coutinho; Miranda-Ribeiro, 2014; Levin; Vanderpool, 1987).

Para efeito de ajuste, foram incluídas no estudo variáveis sociodemográficas, descritoras de condições de saúde, além da frequência de ingestão de bebida alcoólica. As variáveis sociodemográficas foram sexo (masculino, feminino), idade (50-59 anos; 60-69 anos; 70-79 anos e 80 ou mais anos), escolaridade em número de anos de frequência à escola (0, 1-4, 5-8, 9 ou mais), situação conjugal (casado, solteiro, divorciado/separado, viúvo), cor de pele (branco, não branco), região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) e área de residência (urbana, rural). As variáveis descritoras de condições de saúde incluíram a autoavaliação da saúde (muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim), número de doenças crônicas (0, 1, 2 ou mais), considerando o relato de diagnóstico médico para algumas doenças cardiovasculares (hipertensão, infarto, angina, e insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral (AVC) e respiratórias (asma, enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC), além de câncer.

O padrão de consumo de bebida alcoólica considerou as categorias não uso, uso leve/moderado e uso de risco. O uso leve/moderado para homens foi de até 14 doses por semana e para as mulheres até 7 doses por semana. O consumo de risco foi de mais de 14 doses por semana, e para as mulheres, mais de 7 doses por semana de acordo com a recomendação da OMS (Noronha et al, 2019).

A seleção das variáveis de ajuste foi norteada pelos achados da literatura, que as associam, ora com a variável-evento, ora com as variáveis-exposição (Malta et al, 2021; Noronha et al, 2019; Muzi et al 2018; Bazotti et al 2016; Moreira-Almeida et al, 2010; Kuhnen et al 2009).

#### **4.4 Análise dos dados**

Foram realizadas análises separadas para as duas exposições de interesse: (1) ter religião e (2) religiosidade. A realização de análises separadas para cada teste de hipótese implicou, na prática, a utilização de duas populações de estudos distintas. A análise que testou a hipótese de associação entre ter religião e tabagismo envolveu todos os elegíveis com informação completa para todas as variáveis de estudo (Amostra 1). A análise voltada para testar a hipótese de associação entre religiosidade e tabagismo restringiu-se àqueles participantes que informaram ter religião, e que igualmente, tinham informação completa para todas as variáveis de estudo (Amostra 2).

A análise descritiva dos dados consistiu no cálculo de frequências relativas para caracterização das populações de estudo, bem como para produção de estimativas da prevalência do evento (tabagismo) em cada uma das populações de estudo (total, segundo as exposições de interesse e segundo as variáveis de ajuste). Tabagistas e não tabagistas foram comparados em relação às exposições de interesse e às variáveis de ajuste por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, levando em conta o fator de correção de Rao-Scott, indicado em análises que envolvem dados coletados junto a amostras populacionais complexas, como é o caso do ELSI-Brasil.

O modelo de regressão logística, que fornece o *Odds Ratio* e respectivos intervalos de confiança de 95% como medida de associação, foi utilizado para testar a hipótese de associação entre as exposições de interesse (religião e religiosidade) e o tabagismo. Para tal, foram realizadas análises uni e multivariadas (ajustadas). Foram incluídas nos modelos multivariados, para efeito de ajuste, apenas as variáveis que se mostraram associadas ao evento, na análise univariada, ao nível de  $p \leq 0,20$ . Em todas as análises (comparação de grupos e modelos para teste de hipótese), adotou-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o IBM SPSS Statistics 25®. Todas as análises foram realizadas com o pacote de amostra complexa do SPSS, que é um conjunto de ferramentas indicado para análise de dados com estrutura complexa, como é o caso do ELSI-Brasil.

#### **4.5 – Considerações éticas**

O estudo ELSI-Brasil foi aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou (FIOCRUZ Minas) - CAAE 34649814.3.0000.5091. A coleta do material genético foi aprovada pelo comitê de ética do Conselho Nacional de Saúde (número do protocolo: 63725117.9.0000.5091). Esta pesquisa recebeu financiamento do Ministério da Saúde do Brasil e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Lima-Costa et al, 2023).

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 - Caracterização das populações de estudo**

A amostra 1, utilizada para investigar a associação entre tabagismo e religião, incluiu 8.703 participantes. Já a análise que investigou a associação entre tabagismo e religiosidade (apenas entre os indivíduos que afirmaram ter religião) incluiu 8.065 indivíduos (Amostra 2). Foram excluídos do estudo 1.246 entrevistados no segundo seguimento, em razão de apresentarem dados incompletos para alguma das variáveis de estudo.

A Tabela 1 apresenta a caracterização das duas amostras de estudo (1 e 2). Ambas as populações de estudo se mostraram bastante semelhantes com relação às características sociodemográficas, às condições de saúde e aos comportamentos em saúde. No que tange às características sociodemográficas, nas duas populações os participantes eram majoritariamente do sexo feminino, casados, não-brancas e residiam na zona urbana. Quase metade das duas populações têm até 59 anos e 90% delas eram alfabetizadas, e como esperado, residiam majoritariamente na região Sudeste.

Em relação às condições de saúde e comportamento em saúde, a autoavaliação positiva da saúde foi de aproximadamente 49,0% em ambas as populações, sendo que mais da metade delas relataram ter um diagnóstico médico para uma ou mais doenças crônicas e próximo de nove em 10 respondentes nunca consumiram bebida alcoólica.

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E COMPORTAMENTO EM SAÚDE, ELSI-BRASIL, 2019-2021.

<b>Variáveis</b>	<b>Amostra 1 (n=8.703)</b>	<b>Amostra 2 (n=8.065)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	44,5	42,9
Feminino	55,5	57,1
<b>Idade</b>		
50-59	48,4	48,2
60-69	29,8	30,0
70-79	15,6	15,4
80+	6,2	6,4
<b>Cor da pele</b>		
Branca	46,4	46,2
Não branca	53,6	53,8
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	12,3	11,8
Casado	61,9	62,3
Separado/divorciado	11,1	10,9
Viúvo	14,7	15,0
<b>Escolaridade</b>		
Nenhum	11,4	11,2
1-4	38,5	38,8
5-8	21,0	21,0
9+	29,1	29,0
<b>Região</b>		
Norte	6,8	7,0
Nordeste	27,5	27,7
Sudeste	43,3	43,1
Sul	13,5	13,4
Centro-oeste	8,9	8,8
<b>Zona de residência</b>		
Urbano	83,9	83,5
Rural	16,1	16,5
<b>Autopercepção da saúde</b>		
Excelente/Muito bom/Bom	48,9	48,4
Regular	37,2	37,8
Ruim/muito ruim	13,9	13,8
<b>Número de doenças crônicas*</b>		
0	44,8	43,6
1	49,1	50,1
2+	6,1	6,3
<b>Padrão de consumo de bebida alcoólica</b>		
Nenhum	85,7	86,2
Leve/moderado	10,3	10,0
Elevado	4,0	3,8

Fonte: ELSI-Brasil (2019-2021)

\*Doença cardiovascular (hipertensão, infarto, angina, e insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral), doença respiratória (asma, enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica), câncer.

## **5.2 Prevalência de tabagismo segundo a exposição de interesse**

A prevalência do tabagismo na amostra da amostra foi de 13,7% (IC 95%: 12,6-14,9). Ao analisar a prevalência considerando a exposição de interesse, a prevalência do tabagismo entre os indivíduos que declararam não ter religião foi de 21,6% (IC 95%: 17,5-26,4), significativamente maior que os 13,0% (IC 95: 11,9-14,6) ( $p < 0,001$ ) observados entre os que tinham religião. Entre os últimos, a prevalência de tabagismo diminuiu em função do aumento da frequência a cultos religiosos: 25,8% (IC 95%: 20,5-32,0) entre os que declararam não frequentar a igreja, 17,9% (IC 95: 15,3-20,9) entre os de baixa frequência, 15,2% (IC 95: 13,2-17,6) entre os de média frequência e 9,5% (IC 95%: 8,3-10,9) entre aqueles com alta frequência ( $p < 0,001$ ).

## **5.3 - Prevalência de tabagismo segundo variáveis de ajuste**

A Tabela 2 mostra a distribuição do tabagismo em função das variáveis de ajuste. Em ambas as populações, a prevalência de tabagismo foi significativamente maior entre os participantes do sexo masculino, com idade entre 50-59 anos, solteiros, não-brancos e sem escolaridade. O tabagismo foi mais prevalente ainda na presença da autoavaliação negativa da saúde e da maior frequência de consumo de bebida alcoólica, bem como na ausência de doenças crônicas. Não foram observadas diferenças significativas na prevalência do tabagismo em relação à região geográfica e zona de residência.

Tabela 2 – Prevalência de tabagismo segundo características sociodemográficas, condições de saúde e comportamento em saúde, ELSI-Brasil, 2019-2021.

Variáveis	População 1 (n = 8.703)		População 2 (n = 8.065)	
	% tabagismo	p valor	% tabagismo	p valor
<b><i>Sexo</i></b>		<0,001		<0,001
Masculino	16,6		15,7	
Feminino	11,4		11,0	
<b><i>Idade (em anos)</i></b>		<0,001		<0,001
50-59	16,6		15,7	
60-69	12,6		12,2	
70-79	9,7		9,3	
80 ou mais	6,3		5,8	
<b><i>Cor da pele</i></b>		<0,001		0,002
Branca	12,1		11,7	
Não branca	15,1		14,2	
<b><i>Estado civil</i></b>		<0,001		<0,001
Casado	12,5		12,0	
Solteiro	20,2		19,0	
Separado/divorciado	15,0		14,7	
Viúvo	12,4		11,4	
<b><i>Escolaridade</i></b>		0,001		0,036
Nenhum	16,5		15,6	
1-4	14,3		13,4	
5-8	13,8		13,1	
9 ou +	11,7		11,6	
<b><i>Região</i></b>		0,945		0,770
Norte	13,1		12,8	
Nordeste	13,9		13,0	
Sudeste	13,6		13,1	
Sul	14,4		14,3	
Centro-Oeste	12,8		11,2	
<b><i>Zona de residência</i></b>		0,577		0,293
Urbano	13,6		12,8	
Rural	14,4		14,4	
<b><i>Autoavaliação da saúde</i></b>		0,009		0,016
Excelente/muito boa/boa	12,5		11,9	
Regular	14,0		13,4	
Ruim/muito ruim	17,1		16,2	
<b><i>Número de doenças crônicas</i></b>		0,001		<0,001
0	15,9		15,2	
1	11,9		11,4	
2 ou +	12,1		10,8	
<b><i>Padrão de consumo de álcool</i></b>		<0,001		<0,001
Nenhum	11,7		11,0	
Leve/moderado	20,5		19,8	
Elevado	39,7		40,4	

Fonte: ELSI-Brasil, 2019-2021

Valor de p obtido por meio do teste do Qui-Quadrado de Pearson, com correção de Rao-Scott.

#### **5.4 – Análises univariadas e multivariadas da associação entre tabagismo e religião/religiosidade**

A tabela 3 apresenta os resultados das análises univariadas e da análise multivariada usadas na investigação da associação entre ter religião e tabagismo. Observou-se uma associação independente entre ter religião e o tabagismo, com os participantes que declararam ter religião apresentando chances menores de serem fumantes, com a força de associação sendo ligeiramente diluída após o ajustamento (OR=0,55, CI 95%:0,41-0,72, na análise univariada; e OR=0,67, CI 95%:0,49-0,91, na análise multivariada). Todas as variáveis inseridas no modelo multivariado para efeito de ajuste apresentaram-se independentemente associadas ao tabagismo.

Em relação à religiosidade (tabela 4), os resultados das análises univariadas e multivariada evidenciaram que o tabagismo se mostrou negativamente associado à religiosidade, com a maior frequência a cultos religiosos diminuindo significativamente a chance de ser fumante. Após o ajustamento múltiplo os participantes com baixa (OR=0,67, IC 95%: 0,46-0,96), média (OR=0,60, IC95%: 0,43-0,82) e alta (OR=0,39, IC 95% 0,28-0,56) frequência a cultos religiosos apresentaram chances menores de serem fumantes em comparação com os indivíduos que não frequentam. Assim como na análise da associação entre religião e tabagismo, observou-se uma discreta diluição da força de associação após o ajustamento, e todas as variáveis de ajuste, exceto cor da pele, mostraram-se independentemente associadas ao tabagismo.

Tabela 3 – Razão de chance de fumar, segundo religião, ELSI-Brasil, 2019-2021.

Variáveis	Análise univariada			Análise multivariada		
	OR	IC 95%	P valor	OR	IC 95%	P valor
<b>Tem religião (ref. Não)</b>						
Sim	0,55	0,41-0,72	<0,001	0,67	0,49-0,91	0,011
<b>Sexo (ref. Feminino)</b>						
Masculino	1,54	1,34-1,78	<0,001	1,38	1,16-1,64	<0,001
<b>Idade (ref. 50-59)</b>						
60-69	0,72	0,62-0,85	<0,001	0,73	0,62-0,85	<0,001
70-79	0,54	0,41-0,70	<0,001	0,49	0,36-0,66	<0,001
80+	0,34	0,25-0,45	<0,001	0,28	0,20-0,40	<0,001
<b>Cor da pele (ref. Branca)</b>						
Não branca	1,29	1,13-1,46	<0,001	1,17	1,01-1,35	0,042
<b>Situação conjugal (ref. Solteiro)</b>						
Casado	0,56	0,45-0,71	<0,001	0,56	0,44-0,71	<0,001
Divorciado	0,70	0,52-0,94	0,020	0,68	0,51-0,92	0,012
Viúvo	0,56	0,43-0,73	<0,001	0,87	0,65-1,15	0,314
<b>Escolaridade (ref. Nenhuma)</b>						
1-4	0,85	0,72-0,99	0,041	0,76	0,63-0,90	0,002
5-8	0,81	0,67-0,99	0,039	0,62	0,50-0,77	<0,001
9+	0,67	0,56-0,80	<0,001	0,48	0,38-0,59	<0,001
<b>Região geográfica (ref. Norte)</b>						
Nordeste	1,07	0,57-2,03	0,828	-	-	-
Sudeste	1,05	0,55-1,98	0,892	-	-	-
Sul	1,11	0,57-2,14	0,754	-	-	-
Centro-Oeste	0,98	0,50-1,89	0,940	-	-	-
<b>Área de residência (ref. Urbano)</b>						
Rural	1,07	0,84-1,37	0,577	-	-	-
<b>Autoavaliação da saúde (ref. Excelente/m.boa/boa)</b>						
Regular	1,14	0,93-1,38	0,203	1,25	1,03-1,51	0,023
Ruim/Muito ruim	1,44	1,18-1,74	<0,001	1,71	1,34-2,11	<0,001
<b>Presença de doenças crônicas (ref. nenhuma)</b>						
1	0,71	0,59-0,86	<0,001	0,74	0,62-0,88	0,001
2+	0,73	0,54-0,98	0,040	0,78	0,56-1,08	0,139
<b>Padrão de consumo de álcool (ref. nenhum)</b>						
Leve/moderado	1,96	1,52-3,51	<0,001	2,08	1,58-2,76	<0,001
Risco	5,00	3,51-7,12	<0,001	4,87	3,42-6,95	<0,001

Fonte: ELSI-Brasil, 2019-2021

Valor de p obtido pelo teste de Wald, significativo quando &lt;0,05.

Tabela 4 – Razão de chance de fumar, segundo a religiosidade ELSI-Brasil, 2019-2021.

Variáveis	Análise univariada			Análise multivariada		
	OR	IC 95%	P valor	OR	IC 95%	P valor
<b>Religiosidade (ref. Nenhuma)</b>						
Baixa	0,63	0,44-0,89	0,009	0,67	0,46-0,96	0,028
Média	0,52	0,38-0,70	<0,001	0,60	0,43-0,82	0,001
Alta	0,30	0,21-0,43	<0,001	0,39	0,28-0,56	<0,001
<b>Sexo (ref. Feminino)</b>						
Masculino	1,51	1,29-1,75	<0,001	1,24	1,03-1,50	0,024
<b>Idade (ref. 50-59)</b>						
60-69	0,75	0,63-0,88	0,001	0,77	0,65-0,90	0,001
70-79	0,55	0,42-0,72	<0,001	0,52	0,38-0,72	<0,001
80+	0,33	0,24-0,45	<0,001	0,29	0,20-0,41	<0,001
<b>Cor da pele (ref. Branca)</b>						
Não branca	1,22	1,08-1,43	0,002	1,18	0,99-1,39	0,056
<b>Situação conjugal (ref. Solteiro)</b>						
Casado	0,58	0,44-0,76	<0,001	0,59	0,44-0,77	<0,001
Divorciado	0,74	0,52-1,04	0,082	0,70	0,51-0,96	0,029
Viúvo	0,55	0,41-0,72	<0,001	0,84	0,62-1,15	0,281
<b>Escolaridade (ref. Nenhuma)</b>						
1-4	0,84	0,69-1,01	0,062	0,76	0,63-0,92	0,004
5-8	0,82	0,64-1,04	0,106	0,64	0,50-0,83	0,001
9+	0,71	0,57-0,89	0,003	0,52	0,41-0,66	<0,001
<b>Região geográfica (ref. Norte)</b>						
Nordeste	1,02	0,52-1,98	0,953	-	-	-
Sudeste	1,03	0,52-2,01	0,929	-	-	-
Sul	1,14	0,57-2,24	0,714	-	-	-
Centro-Oeste	0,87	0,43-1,73	0,681	-	-	-
<b>Área de residência (ref. Urbano)</b>						
Rural	1,15	0,88-1,49	0,293	-	-	-
<b>Autoavaliação da saúde (ref. Excelente/m.boa/boa)</b>						
Regular	1,15	0,93-1,40	0,196	1,27	1,03-1,56	0,024
Ruim/Muito ruim	1,43	1,16-1,77	0,001	1,70	1,34-2,16	<0,001
<b>Presença de doenças crônicas (ref. nenhuma)</b>						
1	0,72	0,58-0,88	0,001	0,73	0,60-0,87	0,001
2+	0,67	0,48-0,93	0,018	0,67	0,45-0,99	0,047
<b>Padrão de consumo de álcool (ref. nenhum)</b>						
Leve/moderado	1,99	1,51-2,62	<0,001	1,93	1,41-2,64	<0,001
Risco	5,46	3,63-8,19	<0,001	4,68	3,27-6,69	<0,001

Fonte: ELSI-Brasil, 2019-2021

Valor de p obtido pelo teste de Wald, significativo quando &lt;0,05.

## 6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que entre adultos brasileiros mais velhos, o tabagismo foi associado à religião e à religiosidade, apresentando-se menos frequente entre os que tinham religião e diminuindo consistentemente com o aumento da religiosidade, aferida por meio da frequência a atividades religiosas presenciais ou por canais eletrônicos, como TV, rádio e internet. O estudo mostrou ainda que aproximadamente 14 em 100 brasileiros com 50 anos ou mais eram fumantes.

O tabagismo tem apresentado um declínio consistente no Brasil ao longo das últimas décadas. Esse declínio pode ser atribuído a uma combinação de fatores, incluindo políticas de controle do tabaco implementadas pelo governo, conscientização sobre os danos à saúde causados pelo tabagismo e mudanças nas atitudes e comportamentos da população em relação ao cigarro (Pinto et al, 2019; Malta et al, 2020). Dados da pesquisa COVITEL (Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia) mostram que entre os indivíduos com 65 anos e mais, a prevalência declinou de 12,1% no período anterior à pandemia COVID-19, para 8,0% no primeiro trimestre de 2022 (COVITEL, s.d). Resultados do VIGITEL mostraram uma diminuição do tabagismo entre adultos brasileiros com idade igual ou superior a 55 anos: na faixa etária de 55-64 anos, ela declinou de 15,0% para 13,6%, ao passo que na faixa etária de 65 anos ou mais, a reduziu de 9,6% para 7,8% (Maia et al., 2021). Malta et al (2017), utilizando dados do VIGITEL, encontraram uma prevalência de tabagismo de 8,1% entre idosos com 65 anos e mais, enquanto os dados da PNS 2019 mostraram que entre a população brasileira com 60 anos e mais, 11,1% utilizavam cigarros (Malta et al, 2021).

Comparando as prevalências de tabagismo encontradas neste estudo (13,7% para amostra total) com as encontradas pela OMS, em nível global, vemos que a situação brasileira é melhor. Em 2020, no mundo, a prevalência do uso de tabaco foi de 24,8%, 22,7%, 18,0% e 12,7%, respectivamente para as populações de 55-64, 65-74, 75-84 e 85 anos ou mais (WHO, 2021).

Nas análises multivariadas, os resultados evidenciaram que o fato de ter religião diminuiu em 33% (OR=0,67; IC 95%: 0,49-0,91) as chances de o indivíduo fumar, quando comparado a um indivíduo que não tem religião. Em relação à frequência religiosa, os indivíduos que declararam ter uma alta frequência apresentaram uma chance de fumar 61% menor (OR=0,0,39; IC 95%: 0,28-0,56) em relação aos indivíduos que nunca frequentam. Outra informação interessante é que mesmo os indivíduos tendo uma baixa frequência religiosa, sua

chance de fumar é 33% menor (OR=0,67; IC95%: 0,46-0,96), que a de indivíduos que nunca frequentam cultos e missas.

Esses resultados alinham-se à produção científica sobre o tema, internacional e nacional. Um inquérito de saúde conduzido junto à população adulta inglesa (18 anos ou mais) mostrou uma prevalência significativamente menor de tabagismo entre os participantes que informaram professar alguma religião, ainda que essa associação variasse em função da denominação religiosa (Hussain et al, 2019). Entre homens jovens suíços, não ter religião implicou em menores chances de fumar diariamente, mas essa associação foi restrita aos católicos, não tendo sido verificada entre protestantes ou outras denominações cristãs (Gmel et al, 2013). Associação negativa entre tabagismo e ter religião foi observado também entre brasileiros adultos (18 anos ou mais), usuários de um serviço de atenção primária (Martinez et al, 2017) e entre funcionários de uma universidade pública (Verona et al, 2024). Também nessas populações, a prevalência do tabagismo foi diferenciada em função da denominação religiosa, sendo significativamente menor entre evangélicos, seja em comparação com não ter religião, seja em comparação com outras denominações.

De maneira similar, a associação negativa entre tabagismo e maior frequência a atividades religiosas organizacionais corroboram os achados de estudos epidemiológicos realizados junto a populações adultas de diferentes países e continentes (Paulikowski et al, 2019; Sharma et al, 2019; Wang et al, 2015; Brown et al, 2014; Benjamins; Buck, 2008; Whooley et al, 2002) e idosa (Williams et al, 2001). Esse mesmo padrão de comportamento também foi observado entre adultos brasileiros, em diferentes cenários. Martinez et al (2017) demonstraram que, entre as pessoas que afirmaram professar uma religião, as chances de fumar foram duas vezes maiores que entre os não praticantes, quando comparados com os praticantes, enquanto Verona et al (2024) demonstraram que ter alta frequência religiosa diminui em 27% as chances de fumar. Associação semelhante foi encontrada entre residentes da favela de Paraisópolis, na cidade de São Paulo (Lucchetti et al, 2012) e entre idosos residentes no estado do Rio Grande do Sul (Blay et al, 2008).

Os resultados deste trabalho reforçam a ideia de que ter religião e, tendo religião, ser frequente aos cultos e missas, diminuem as chances de o indivíduo fumar. Algumas explicações são aventadas para a relação entre religião, religiosidade e tabagismo e a adoção de comportamentos benéficos à saúde, incluindo o não fumar. Essas explicações envolvem os ensinamentos das diferentes religiões sobre respeito e o cuidado com o próprio corpo e pelas relações sociais propiciadas pelo pertencimento a comunidades religiosas, que facilitam a confiança mútua e estimulam a cooperação entre seus membros, favorecendo a adesão a

hábitos de vida saudáveis (Verona, 2011; Koenig et al, 1998). As principais religiões definem o que é certo ou errado e preconizam regras quanto a comportamentos em saúde, inibem ou proíbem a adoção de certos hábitos, como o tabagismo. Elas lembram a seus adeptos que o corpo humano é dádiva de Deus, equivale a um templo divino, e em razão disso, deve ser respeitado, cuidado e preservado (Verona et al, 2024; Paulikowski et al, 2019; Wang et al, 2015; Garrusi; Nakhaee, 2012). E isso tende a influenciar especialmente as pessoas religiosas, que sentem mais necessidade do suporte divino, tem uma maior percepção do mundo transcendental e adotam comportamentos mais alinhados com os ensinamentos da igreja voltados para o desenvolvimento humano (Paulikowski et al, 2019).

No que tange ao envolvimento social propiciado pela frequência a atividades religiosas organizacionais, ele pode influenciar atitudes de obediência a normas sociais compartilhadas na comunidade religiosa, como por exemplo, comportamentos morais, como não aceitação do tabagismo e da bebida alcoólica (Hussain et al, 2019; Martinez et al, 2017). Além disso, a convivência com os demais membros da comunidade religiosa ajuda na construção de redes de apoio e suporte social, que podem desempenhar um papel fundamental no enfrentamento de situações de vida estressantes. Essas situações, por sua vez, podem desencadear a adoção de comportamentos aditivos, como é o caso do tabagismo (Verona et al, 2024). Assim, aparentemente a relação da religiosidade e tabagismo decorre mais dos ganhos sociais propiciados pela religiosidade extrínseca, do que dos ganhos aferidos pela religiosidade intrínseca ou subjetiva, que reflete a importância que a religião tem na vida do indivíduo, em função do seu valor essencial (Koenig, 2012).

Embora não seja o objetivo deste trabalho, também é importante destacar algumas associações encontradas entre as variáveis de ajuste e as chances de fumar. O que se observou nos resultados deste estudo foi que as chances de o indivíduo fumar são menores com o aumento da idade e da escolaridade, e na presença de doenças crônicas. Por outro lado, ser homem, não branco, e ingerir bebidas alcoólicas aumenta significativamente as chances de fumar. Destaca-se que essas associações, tanto as positivas quanto as negativas, são referendadas pela literatura brasileira e internacional sobre o tema (Silva et al, 2022; Giraldo-Osorio et al, 2021; Gillum, 2021; Khanijahani, 2020; Monteiro et al, 2018; Kuhnen et al, 2009; Silva et al, 2009). Os resultados obtidos neste estudo, à luz da literatura científica, atestam a pertinência do uso dessas variáveis com a finalidade de ajuste na investigação da associação de interesse, fornecendo medidas mais precisas de sua intensidade.

Uma das limitações do presente estudo é o seu caráter transversal. Nos estudos transversais, não é possível separar no tempo a exposição do evento, o que impede a atribuição

de caráter causal a associações eventualmente encontradas. Nos estudos transversais é possível a ocorrência da causalidade reversa, uma situação em que o comportamento da variável pensada como exposição (no caso, a religião/religiosidade) pode ser, na verdade, consequente ao comportamento do evento (no caso, tabagismo). Neste caso, é improvável que o hábito do tabagismo influencie a opção religiosa, o que minimizaria a possibilidade de ocorrência de causalidade reversa. Outro limite do estudo foi a impossibilidade de investigar a associação entre religião e tabagismo, considerando a denominação religiosa. A literatura indica que essa associação pode variar em função da denominação religiosa (Verona et al, 2024; Hussain et al, 2019; Martinez et al, 2017; Gmel et al, 2013), na medida em que o tema pode ser tratado diferentemente em cada denominação religiosa, especialmente no que tange a um maior ou menor rigor em relação às normas morais. Isso pode afetar direta ou indiretamente o comportamento em relação ao uso de substâncias como tabaco, álcool e outros tipos de drogas. A informação sobre afiliação religiosa não está disponível no banco de dados da segunda onda do Estudo ELSI-Brasil.

Por outro lado, a força do presente estudo deriva do tamanho e da representatividade da população de estudo. O tamanho da amostra confere robustez aos resultados produzidos, e a sua representatividade permite inferir os resultados para a população adulta mais velha, residente no Brasil. Além disso, ao nosso conhecimento, trata-se do primeiro estudo, de abrangência nacional, a investigar essa associação, especificamente em uma população adulta mais velha.

## 7. CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar possíveis associações entre tabagismo, religião e religiosidade, considerando a hipótese de que o fato de um indivíduo ter uma religião e participar de seus cultos e missas, poderia influenciar negativamente nas chances de ser usuário de tabaco. Os resultados obtidos indicam que a religião e a religiosidade podem desempenhar um papel importante na prevalência do tabagismo entre a população brasileira com 50 anos e mais de idade.

Os resultados deste trabalho podem refletir as diferenças entre religião e religiosidade, que são conceitos relacionados, mas distintos. Enquanto a religião refere-se a um sistema organizado de crenças, práticas e valores, a religiosidade, por outro lado, refere-se ao grau em que um indivíduo se envolve com os aspectos relacionados à religião em sua vida, como a frequência de oração ou participação em serviços religiosos, por exemplo. Enquanto a religião é uma instituição social, a religiosidade é uma característica pessoal que pode variar amplamente entre indivíduos dentro da mesma religião e relacionar-se mais fortemente com as escolhas tocantes aos comportamentos que podem impactar a saúde (Zimmer et al, 2019).

Um ponto importante a se destacar é que o declínio consistente no número de fumantes no Brasil nas últimas décadas é reflexo direto das medidas regulatórias que estabeleceram políticas antitabagistas no país. Outro aspecto se refere às melhorias nas condições socioeconômicas da população, que contribuíram para a diminuição da prevalência do tabagismo no Brasil (INCA, 2023; Malta et al, 2020).

Apesar do sucesso na redução do tabagismo no Brasil, outras medidas regulamentares são necessárias para que o processo de redução do tabagismo continue, e assim, se alcance os objetivos estabelecidos no âmbito da Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável Políticas Públicas e Redução do Tabagismo (Malta et al, 2020).

Nesse aspecto, as estratégias utilizadas pelas diferentes religiões podem auxiliar nas iniciativas do poder público voltadas para o combate ao tabagismo, no sentido de buscar a colaboração das instituições religiosas e seus representantes na propagação das orientações do Ministério da Saúde sobre os males do tabagismo para a saúde, e no incentivo da cessação do tabagismo, tanto entre os fiéis quanto na população geral (Portes e Guimarães, 2012).

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS/ RECOMENDAÇÃO

Este estudo conseguiu demonstrar a associação negativa entre religião, religiosidade e tabagismo no Brasil, na população com 50 anos e mais. Conhecer como esta associação se estabelece pode favorecer novas abordagens coletivas que visem a cessação do tabagismo. Talvez seja possível incluir a expertise das instituições religiosas nessa área, respeitando a laicidade do Estado brasileiro.

Futuros estudos poderão aprofundar as investigações buscando verificar se, e como, os efeitos protetores da religião e religiosidade podem ser utilizados em intervenções e campanhas de saúde direcionadas às pessoas com ou sem religião. Cabe salientar que novas alternativas de ações devem ser desenvolvidas, pois o consumo do tabaco tem se mostrado persistente em uma parcela da população brasileira, que agora, inclusive, conta com novas formas de consumo de tabaco, como Narguilé e *e-cigarretes*.

Como recomendações, são importantes estudos que considerem novas metodologias para mensurar o papel da religião no consumo de tabaco no Brasil. A realização de uma análise Idade-Período-Corte pode ser uma forma de analisar o declínio da prevalência do tabagismo e as possíveis associações das implementações das ações antitabagistas no Brasil, e ao mesmo tempo verificar o papel da transição religiosa nesse processo. Análises que considerem também as denominações religiosas são fundamentais, pois cada religião trata de maneira diferente a questão do tabagismo, e isso afeta o comportamento dos fiéis de maneira diferente. Outro aspecto importante é a introdução de outras medidas de religiosidade, para além da frequência religiosa. A execução de uma análise longitudinal permitiria identificar, por exemplo, se mudanças na religião e religiosidade dos indivíduos leva, ou não, à cessação do uso de tabaco. Tais estudos podem colaborar muito com o debate sobre as relações entre religião e tabagismo no Brasil.

## 9. BIBLIOGRAFIA

ABDEL-HADY, Doaa; EL-GILANY, Abdel-Hady. Tobacco use and its associated factors among older people: a community-based study in Egypt. **Eastern Mediterranean Health Journal** v. 26, n. 1, p. 68–74, 2020.

ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia. Demografia e ideologia: trajetões históricos e os desafios do Cairo + 10. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n. 2, p. 129–156, 2003.

AMARAL JÚNIOR, Orlando Luiz *et al.* Desigualdades socioeconômicas associadas ao hábito de fumar em brasileiros com 50 anos ou mais. **Revista de Atenção à Saúde**. 2020; v. 18, n.66, p.172-182

AQUINO, Thiago Antônio Avellar De *et al.* Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 228–243, 2009.

BARBOSA, Marcélia Barezzi *et al.* Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 123–133, 2018.

BAZOTTI, Angelita *et al.* Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 45–52, 2016.

BENJAMINS, Maureen R.; BUCK, Anna Campbell. Religion: A Sociocultural Predictor of Health Behaviors in Mexico. **Journal of Aging and Health**, v. 20, n. 3, p. 290–305, 2008.

BLAY, Sergio Luís *et al.* The Relationship Between Religiosity and Tobacco, Alcohol Use, and Depression in an Elderly Community Population. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 16, n. 11, p. 934–943, 2008.

BORGES, Marcelo *et al.* Religious Affiliations Influence Health-Related and General Decision Making: A Brazilian Nationwide Survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, p. 2873, 2021.

BRAVEMAN, Paula; GOTTLIEB, Laura. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. **Public Health Reports**, v. 129, n. 1\_suppl2, p. 19–31, 2014.

BROWN, Qiana L *et al.* The Influence of Religious Attendance on Smoking. **Substance Use & Misuse**, v. 49, n. 11, p. 1392–1399, 2014.

BURDICK, John. **Looking for God in Brazil: The Progressive Catholic Church in Urban Brazil's Religious Arena**. Berkeley: University of California Press, 1996.

CARTWRIGHT, Kate. Delivered from the Temptation of Smoking: An Examination of Religion and Health Behaviors of New US Immigrants. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 3, p. 1739–1759, 2021.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder *et al.* Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 82–91, 2004.

CLAUSEN, F *et al.* Morbidity and health care utilisation among elderly people in Mmankgodi village, Botswana. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 54, n. 1, p. 58–63, 2000.

COCKERHAM, William C.; ABEL, Thomas; LÜSCHEN, Günther. Max Weber, Formal Rationality, and Health Lifestyles. **The Sociological Quarterly**, v. 34, n. 3, p. 413–428, 1993.

COUTINHO, R. Z.; GOLGHER, A. B. Um estudo sobre a filiação religiosa no Brasil entre 1980 e 2010: efeitos de idade, período e coorte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 73–98, 2014. Disponível em: <https://rebep.org.br/revista/article/view/643>. Acesso em: 17 jul. 2023.

COUTINHO, R. Z.; GOLGHER, A. B. Um estudo sobre a filiação religiosa no Brasil entre 1980 e 2010: efeitos de idade, período e coorte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 73–98, 2014. Disponível em: <https://rebep.org.br/revista/article/view/643>. Acesso em: 17 jul. 2023.

COVITEL. Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em tempos de pandemia. P.89 (s.d)

DAMIANO, Rodolfo F *et al.* Brazilian scientific articles on Spirituality, Religion and Health. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 43, n. 1, p. 11–16, 2016.

DIAS JÚNIOR, Claudio Santiago. Capital social e violência: uma análise comparada em duas vilas de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

EL AWA, Fatimah. The role of religion in tobacco control interventions. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 12, p. 894, 2004.

ELLISON, Christopher G.; HUMMER, Robert. **Religion, families, and health: population-based research in the United States**. New Brunswick: Rutgers University Press, 2010.

ELLISON, Christopher G.; LEE, Jinwoo. Spiritual Struggles and Psychological Distress: Is There a Dark Side of Religion? **Social Indicators Research**, v. 98, n. 3, p. 501–517, 2010.

ELLISON, Christopher G.; LEVIN, Jeffrey S. The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions. **Health Education & Behavior**, v. 25, n. 6, p. 700–720, 1998.

FIGUEIREDO, Valeska Carvalho; TURCI, Silvana Rubano Barretto; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem-sucedida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 3, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001500101&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001500101&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 10 abr. 2023.

GARRUSI, Behshid; NAKHAEI, Nouzar. Religion and Smoking: A Review of Recent Literature. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 43, n. 3, p. 279–292, 2012.

GILLUM, Richard Frank. Frequency of Attendance at Religious Services and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 3, p. 1760–1765, 2021.

GIRALDO-OSORIO, Alexandra *et al.* Mortalidade atribuída ao consumo de tabaco em Brasil, 2016. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210007, 2021.

GLANVILLE, Jennifer L.; SIKKINK, David; HERNÁNDEZ, Edwin I. Religious Involvement and Educational Outcomes: The Role of Social Capital and Extracurricular Participation. **The Sociological Quarterly**, v. 49, n. 1, p. 105–137, 2008.

GMEL, Gerhard *et al.* Religion Is Good, Belief Is Better: Religion, Religiosity, and Substance Use Among Young Swiss Men. **Substance Use & Misuse**, v. 48, n. 12, p. 1085–1098, 2013.

GONTIJO, Cristina Franco *et al.* Associação longitudinal entre capital social e incapacidade funcional em uma coorte de idosos residentes em comunidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. e00142021, 2022.

GONZALEZ, Mariaelena; SANDERS-JACKSON, Ashley; HENRIKSEN, Lisa. Social Capital and Tobacco Retail Outlet Density: An Empirical Test of the Relationship. **American Journal of Health Promotion**, v. 33, n. 7, p. 1020–1027, 2019.

GOULART, Denise; ENGROFF, Paula; ELY, Luísa Scheer; *et al.* Tabagismo em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 313–320, 2010.

GURUNG, Mongal Singh *et al.* Current tobacco use and its associated factors among adults in a country with comprehensive ban on tobacco: findings from the nationally representative STEPS survey, Bhutan, 2014. **Population Health Metrics**, v. 14, n. 1, p. 28, 2016.

HENLEY, S. Jane *et al.* Smoking cessation behaviors among older U.S. adults. **Preventive Medicine Reports**, v. 16, p. 100978, 2019.

HIRAYAMA, Fumiet *al.* Smoking by older adults in central and southern Japan. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi = Japanese **Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence**, v. 43, n. 5, p. 714–719, 2008.

HOLT, Cheryl L.; CLARK, Eddie M.; ROTH, David L. Positive and Negative Religious Beliefs Explaining the Religion–Health Connection Among African Americans. **The International Journal for the Psychology of Religion**, v. 24, n. 4, p. 311–331, 2014.

HUSSAIN, Manzoor; WALKER, Charlie; MOON, Graham. Smoking and Religion: Untangling Associations Using English Survey Data. **Journal of Religion and Health**, v. 58, n. 6, p. 2263–2276, 2019.

IDLER, Ellen *et al.* Religion, a social determinant of mortality? A 10-year follow-up of the Health and Retirement Study. **PLOS ONE**, v. 12, n. 12, p. e0189134, 2017.

INCA. Tabagismo, 2020. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo/>> Acesso em 19 de maio de 2022

INCA. Prevalência do tabagismo, 2023. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo> > Acesso em 14 de abril de 2023.

ISLAM, M. Kamrul; FOLLAND, Sherman; KAARBØE, Oddvar M. Social capital and cigarette smoking: New empirics featuring the Norwegian HUNT data. **Economics & Human Biology**, v. 26, p. 174–185, 2017.

JESUS, Gabriela Tavares De et al. O papel da espiritualidade no contexto dos cuidados. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e19812139531, 2023.

KHANIJAHANI, Ahmad. Governance and public health: implications for targeting smoking in the United States. **International Journal of Health Governance**, v. 25, n. 2, p. 151–159, 2020.

KIM, Daejung et al. Smoking, life expectancy, and chronic disease in South Korea, Singapore, and the United States: A microsimulation model. **Health Economics**, v. 30, n. S1, p. 92–104, 2021.

KOENIG, H. G et al. The Relationship Between Religious Activities and Cigarette Smoking in Older Adults. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 53A, n. 6, p. M426–M434, 1998.

KOENIG, Harold G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **ISRN Psychiatry**, v. 2012, p. 1–33, 2012.

KOENIG, Harold G.; KING, Dana; CARSON, Verna. **Handbook of Religion and Health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KRAUSE, Neal; ELLISON, Christopher G. The Doubting Process: A Longitudinal Study of the Precipitants and Consequences of Religious Doubt in Older Adults. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 48, n. 2, p. 293–312, 2009.

KUHNEN, Mirian *et al.* Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, p. 615–626, 2009.

LEVIN, J. S.; VANDERPOOL, H. Y. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Science & Medicine* (1982), v. 24, n. 7, p. 589–600, 1987.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda *et al.* The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 2018.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda *et al.* Cohort Profile: The Brazilian Longitudinal Study of Ageing (ELSI-Brazil). **International Journal of Epidemiology**, v. 52, n. 1, p. e57–e65, 2023.

LUCCHETTI, Giancarlo *et al.* Religiosity and Tobacco and Alcohol Use in a Brazilian Shantytown. **Substance Use & Misuse**, v. 47, n. 7, p. 837–846, 2012.

LUGO, Alessandra *et al.* Patterns of Smoking Prevalence among the Elderly in Europe. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 10, n. 9, p. 4418–4431, 2013.

MACHADO, Maria das Dores Campos. **Carismáticos e Pentecostais: Adesão Religiosa na Esfera Familiar**. Campinas: Anpocs, 1996.

MACHADO, Maria das Dores Campos. Representações e relações de gênero nos grupos pentecostais. **Revista Estudos Feministas**, v. 13, n. 2, p. 387–396, 2005.

MAHMUD, Ibrahim Clós *et al.* Tabagismo em idosos: Uma revisão integrativa. **Scientia Medica**, v. 31, n. 1, p. e41007, 2021.

MAIA, Emanuella Gomes *et al.* Trends in Prevalence of Cigarette Smoking in Brazil: 2006-2019. **American Journal of Public Health**, v. 111, n. 4, p. 730–738, 2021.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Trends in prevalence and mortality burden attributable to smoking, Brazil and federated units, 1990 and 2017. **Population Health Metrics**, v. 18, n. S1, p. 24, 2020.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Tobacco use, cessation, secondhand smoke and exposure to media about tobacco in Brazil: results of the National Health Survey 2013 and 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, n. suppl 2, p. e210006, 2021.

MARIZ, Cecília. **Coping with poverty: Pentecostal and Christian Base Communities in Brazil**. Philadelphia: Temple University Press, 1994.

MARIZ, Cecília Loreto. AÇÃO SOCIAL DE PENTECOSTAIS E DA RENOVAÇÃO CARISMÁTICA CATÓLICA NO BRASIL. O discurso de seus líderes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 31, n. 92, p. 01, 2016.

MARTINEZ, Edson Zangiacomi *et al.* Smoking Prevalence Among Users of Primary Healthcare Units in Brazil: The Role of Religiosity. **Journal of Religion and Health**, v. 56, n. 6, p. 2180–2193, 2017.

MARTINEZ, Edson Zangiacomi *et al.* Religiosity and patterns of alcohol consumption among users of primary healthcare facilities in Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 146–157, 2019.

MATTOS, Larissa Rodrigues *et al.* Relação entre religiosidade e cessação do tabagismo entre usuários da Estratégia Saúde da Família. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), v. 18, n. 2, p. 50–59, 2022.

MONTEIRO, Luciana Zaranza *et al.* Prevalence of and factors associated with alcohol and tobacco consumption among physical education undergraduates. **Journal of Physical Education**, v. 29, n. 1, 2018. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/36306/751375137677>>. Acesso em: 12 abr. 2023.

MORAIS, Évelin Angélica Herculano de *et al.* Fatores individuais e contextuais associados ao tabagismo em adultos jovens brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2349–2362, 2022.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000300018&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 19 maio 2022.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 1, p. 12–15, 2010.

MULLER, Chandra; ELLISON, Christopher G. Religious Involvement, Social Capital, and Adolescents' Academic Progress: Evidence from the National Education Longitudinal Study of 1988. **Sociological Focus**, v. 34, n. 2, p. 155–183, 2001.

MUZI, Camila Drumond; FIGUEIREDO, Valeska Carvalho; LUIZ, Ronir Raggio. Gradiente urbano-rural no padrão de consumo e cessação do tabagismo no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000605008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605008&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 19 maio 2022.

NASIR, Khurram; REHAN, N. Epidemiology of cigarette smoking in Pakistan. **Addiction**, v. 96, n. 12, p. 1847–1854, 2001.

NIE, Fanhao; OLSON, Daniel V. A. Demonic Influence: The Negative Mental Health Effects of Belief in Demons: BELIEF IN DEMONS AND MENTAL HEALTH. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 55, n. 3, p. 498–515, 2016.

NORONHA, Beatriz Prado *et al.* Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4171–4180, 2019.

OGBODO, Stephen Chukwuma; ONYEKWUM, Chinyere Abigail. **Social Determinants of Health, Religiosity and Tobacco Use in Sub-saharan Africa: Evidence From the Global Adult Tobacco Survey in Seven Countries**. [s.l.]: In Review, 2023. Disponível em: <<https://www.researchsquare.com/article/rs-2395421/v1>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

OHIDA, T. *et al.* Relation between smoking prevalence and various social factors in Japan. **The Keio Journal of Medicine**, v. 50, n. 4, p. 263–268, 2001.

OSLER, M *et al.* Trends in smoking prevalence in Danish adults, 1964-1994. The influence of gender, age, and education. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, v. 26, n. 4, p. 293–298, 1998.

PAWLIKOWSKI, Jakub *et al.* Religious service attendance, health behaviors and well-being—an outcome-wide longitudinal analysis. **European Journal of Public Health**, v. 29, n. 6, p. 1177–1183, 2019.

PENGPID, Supa; PELTZER, Karl. Prevalence and Predictors of Current and Former Tobacco Use among Older Adults in Indonesia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 20, n. 2, p. 395–401, 2019.

PEIXOTO, Sérgio Viana; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. [Health conditions and smoking among older adults in two communities in Brazil (The Bambuí and Belo Horizonte Health Surveys)]. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1925–1934, 2006.

PINTO, Marcia *et al.* Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, p. e00129118, 2019.

POMERLEAU, Joceline *et al.* Determinants of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. **Addiction** (Abingdon, England), v. 99, n. 12, p. 1577–1585, 2004.

PORTES, Leonardo Henrique; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. **Revista APS**, v. 15, n. 1, p. 101–112, 2012.

REGNERUS, Mark D.; SMITH, Christian. Selection Effects in Studies of Religious Influence. **Review of Religious Research**, v. 47, n. 1, p. 23, 2005.

REITSMA, Marissa B *et al.* Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 389, n. 10082, p. 1885–1906, 2017.

REITSMA, Marissa B *et al.* Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 397, n. 10292, p. 2337–2360, 2021.

RINGDAL, Gerd Inger. Religiosity, quality of life, and survival in cancer patients. **Social Indicators Research**, v. 38, n. 2, p. 193–211, 1996.

ROFF, Lucinda Lee *et al.* Religiosity, Smoking, Exercise, and Obesity Among Southern, Community-Dwelling Older Adults. **Journal of Applied Gerontology**, v. 24, n. 4, p. 337–354, 2005.

SACHS-ERICSSON, Natalie *et al.* Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: The role of health problems and psychological distress. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 11, n. 4, p. 433–443, 2009.

SANTOS, Ana-Cristina; BARROS, Henrique. Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999–2000. **Preventive Medicine**, v. 38, n. 1, p. 114–119, 2004.

SANTOS, Wagner Jorge dos *et al.* Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2319–2328, 2013.

SETTON, Maria da Graça. As religiões como agentes da socialização. **Cadernos Ceru (USP)**, v. 19, n. 2, p. 15–25, 2008.

SHARMA, Swati; SINGH, Kamlesh. Religion and Well-Being: The Mediating Role of Positive Virtues. **Journal of Religion and Health**, v. 58, n. 1, p. 119–131, 2019.

SIDDIQI, Kamran. Tobacco Use in Sub-Saharan Africa: The Risks and Challenges. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 21, n. 8, p. 999–1000, 2019.

SILVA, Gulnar Azevedo e *al.* Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. suppl 2, p. 48–56, 2009.

SILVA, André Luiz Oliveira da *et al.* As Cores do Tabagismo: Relação entre Raça e Consumo de Tabaco no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, 2022. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1552>>. Acesso em: 12 abr. 2023.

SILVEIRA, Emerson. Festa Católica-Carismática e Pentecostal: consumo e estética na religiosidade contemporânea. **Revista Brasileira de História das Religiões**, v. 9, p. 269–288, 2011.

SILVEIRA, Patrícia; AZAMBUJA, Luciana. A influência da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da doença. **Revista Luso-Brasileira de Psicologia**, p. 1–12, 2017.

SMITH, Christian. Theorizing Religious Effects Among American Adolescents. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 42, n. 1, p. 17–30, 2003.

STEYN, K. *et al.* Tobacco Use in South Africans During 1998: The First Demographic and Health Survey. **European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**, v. 9, n. 4, p. 222–222, 2002.

STRONG, Kathleen *et al.* Tobacco use in the European region. **European Journal of Cancer Prevention**, v. 17, n. 2, p. 162–168, 2008.

THAKUR, J. S. *et al.* Tobacco use: a major risk factor for non-communicable diseases in South-East Asia region. **Indian Journal of Public Health**, v. 55, n. 3, p. 155–160, 2011.

UPENIEKS, Laura. The Influence of Close Ties on Depression: Does Network Religiosity Matter? **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 59, n. 3, p. 484–508, 2020.

VALLA, Victor Vincent. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 63–75, 2002.

VERONA, Ana Paula de Andrade. Explanations for religious influence on adolescent sexual behavior in Brazil: direct and indirect effects. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 1, p. 187–201, 2011.

VERONA, Ana Paula *et al.* Religião e Uso de Tabaco no Rio de Janeiro: Resultados Transversais e Longitudinais do Estudo Pró-Saúde. **Dados**, v. 67, n. 1, p. e20210187, 2024.

WANG, Zhizhong; KOENIG, Harold G; AL SHOHAIB, Saad. Religious involvement and tobacco use in mainland China: a preliminary study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 155, 2015.

WHOOLEY, Mary A *et al.* Religious Involvement and Cigarette Smoking in Young Adults: The CARDIA Study. **Archives of Internal Medicine**, v. 162, n. 14, p. 1604, 2002.

WILLIAMS, Carla D ; *et al.* Environmental influences, employment status, and religious activity predict current cigarette smoking in the elderly. **Addictive Behaviors**, v. 26, n. 2, p. 297–301, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025**. 3rd ed. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330221>>. Acesso em: 19 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition**. [s.l.: s.n.], 2021.

YANG, Shanshan *et al.* Changes in and Patterns of Smoking Exposure in an Elderly Urban Population in Beijing: 2001–2010. **PLOS ONE**, v. 10, n. 3, p. e0118500, 2015.

YONG, Hua-Hie *et al.* Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 7, p. 1025–1031, 2009.

ZIMMER, Zachary *et al.* Religiosity and health: A global comparative study. **SSM - Population Health**, v. 7, p. 100322, 2019.