

## Estilo de vida entre brasileiros Adventistas do Sétimo Dia

**Greciane Marks  
Farias Ferreira**

*lafexunas@yaboo.com.br*  
Enfermeira pelo Centro  
Universitário Adventista de  
São Paulo (UNASP), São  
Paulo, Brasil

**Thaís Cristina de  
Pontes Staut**

*thaispontes@hotmail.com*  
Enfermeira pelo Centro  
Universitário Adventista de  
São Paulo (UNASP), São  
Paulo, Brasil

**Sara Pereira de Araújo**

*saraparaújo@yahoo.com.br*  
Enfermeira pelo Centro  
Universitário Adventista de  
São Paulo (UNASP), São  
Paulo, Brasil

**Natália Cristina de  
Oliveira, Dr.**

*natalia.silva@unasp.edu.br*  
Docente dos cursos de  
Bacharelado e Licenciatura  
em Educação Física do  
UNASP - Centro Universitário  
Adventista de São Paulo

**Leslie Andrews  
Portes, MSc.**

*leslie.portes@unasp.edu.br*  
Professor do Curso de  
Educação Física do Centro  
Universitário Adventista de  
São Paulo (UNASP), São  
Paulo, Brasil; Coordenador do  
Laboratório de Fisiologia do  
Exercício (LAFEX-UNASP),  
São Paulo, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** Identificar as principais características de estilo de vida de indivíduos que frequentam a Igreja Adventista do Sétimo Dia e relacioná-las ao risco cardiovascular. **Metodologia:** Foram distribuídos 2.355 questionários às pessoas com 20 anos ou mais. 1.126 (47,8%) foram devolvidos, mas somente 608 (25,8%) preencheram os critérios de inclusão. Os questionários continham 66 questões abrangendo aspectos demográficos, antropométricos, de pressão arterial, histórico de doenças pessoais, atividade física, aspectos dietéticos e de frequência de consumo de 37 produtos alimentares referidos. **Resultados:** Semivegetarianos (SV = 244) e não vegetarianos (NV = 364) não diferiram quanto à idade e prática de atividades físicas. Os SV exibiram menores valores ( $p < 0,05$ ) de peso e IMC que os NV. A incidência de doença cardíaca, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia variaram de 2% a 10% e não diferiram entre SV e NV. Os SV consumiram significativamente menos açúcar, arroz branco, café, doces em geral, margarina e refrigerantes que os NV ( $P < 0,05$ ). Os SV consumiram significativamente mais alimentos integrais, amêndoas, amendoim, castanha de caju, castanha do Pará, frutas frescas, leite de soja, proteína vegetal texturizada e saladas que os NV ( $P < 0,05$ ). **Conclusões:** SV exibiram aspectos mais favoráveis de estilo de vida que não vegetarianos.

**Palavras-chave:** Estilo de vida, Adventistas, Frequência alimentar.

### Abstract

**Objective:** To identify the main lifestyle characteristics of Seventh-day Adventist Church adepts, and to associate them to cardiovascular risk. **Method:** We handed out 2.355 questionnaires to people older than 20 years old. 1126 forms (47.8%) were returned, but only 608 (25.8%) filled inclusion criteria. Questionnaires contained 66 questions about demographic and anthropometric aspects, blood pressure, history of personal and family diseases, physical activity, dietetic aspects and intake frequency of 37 referred food products. **Results:** Semi-vegetarians (SV = 244) and non-vegetarians (NV = 364) did not differ regarding age and practice of physical activities. SV presented lower values ( $p < 0.05$ ) of weight and BMI than NV. Incidence of cardiac disease, arterial blood hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia varied from 2% to 10% and did not differ between SV and NV. SV consumed significantly less sugar, white rice, coffee, candies, margarine and soft drinks when compared to NV ( $p < 0.05$ ). SV consumed significantly more whole foods, almonds, peanuts, cashews, Brazil nuts, fresh fruits, soy milk, texturized vegetal protein and salads than NV ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** SV presented better lifestyle characteristics than non-vegetarians.

**Keywords:** Lifestyle, Adventists, Food frequency.

## Introdução

Há quase 50 anos são realizados estudos com adventistas do sétimo dia (ASD), resultando em mais de 350 publicações (<http://www.llu.edu/public-health/health/abstracts.page?>) com amostras da Austrália<sup>1,2</sup>, Nigéria<sup>3</sup>, Dinamarca<sup>1</sup>, Estados Unidos<sup>1</sup>, Noruega<sup>1,4,6</sup> e Países Baixos<sup>1,7</sup>. Os ASD se constituem atrativa população para estudos epidemiológicos, pois adotam estilo de vida peculiar<sup>1</sup>. Desde sua organização denominacional, em 1860, a Igreja recomenda e encoraja, com base na Bíblia, a alimentação vegetariana, abstenção de tabaco, álcool e de outros produtos nocivos à saúde, repouso adequado, ar puro, uso abundante de água, exposição à luz solar, exercício físico e relacionamento diário com Deus<sup>1</sup>. Provavelmente devido a esse estilo de vida peculiar, estudos que compararam ASD com a população em geral notaram menor incidência de vários cânceres<sup>8,9</sup>, de morte por doença cardíaca coronariana<sup>10</sup>, obesidade<sup>1</sup>, hipertensão arterial<sup>2</sup>, hipercolesterolemia<sup>6</sup> e diabetes *mellitus*<sup>11</sup>. No único estudo envolvendo brasileiros, Navarro et al.<sup>12</sup> observaram que, mesmo entre os ASD, o estilo dietético (vegetarianos *versus* semivegetarianos *versus* não vegetarianos) associou-se a menores valores de pressão arterial, colesterol total, LDL-colesterol, ingestão calórica, gorduras (especialmente as saturadas) e menores valores de ingestão de colesterol e menores prevalências de hipertensão arterial e de hipercolesterolemia. Em função da relativa escassez de estudos com ASD brasileiros, o objetivo do presente estudo foi identificar características do estilo de vida de ASD com diferentes padrões dietéticos, com especial interesse em identificar aspectos favoráveis e desfavoráveis relativos ao risco cardiovascular.

## Métodos

### Casuística

A Igreja Adventista do Sétimo Dia guarda o dia de sábado como recomendado no 4º mandamento bíblico, descrito em Êxodo capítulo 20, versos 8 a 11:

*“Lembra-te do dia do sábado, para o santificar. Seis dias trabalharás, e farás todo o teu trabalho; mas o sétimo dia é o sábado do Senhor teu Deus. Nesse dia não farás trabalho algum, nem tu, nem teu filho, nem tua filha, nem o teu servo, nem a tua serva, nem o teu animal, nem o estrangeiro que está dentro das tuas portas. Porque em seis dias fez o Senhor o céu e a terra, o mar e tudo o que neles há, e ao sétimo dia descansou; por isso o Senhor abençoou o dia do sábado, e o santificou.”*

Em obediência ao mandamento bíblico, do por de sol de sexta-feira ao por de sol de sábado os adventistas descansam das atividades seculares e buscam ter contato mais íntimo com Deus. Caracteristicamente, no sábado pela manhã se reúnem para a celebração do culto litúrgico. Assim, a amostra do presente estudo foi composta por todos os indivíduos com mais de 20 anos de idade, de ambos os sexos, presentes ao culto Sabático dos dias 22 e 29 de maio de 2004. Todos receberam um questionário distribuído à entrada da Igreja do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), Campus São Paulo, localizado no município de São Paulo. A amostra final foi constituída por todos os que de modo voluntário devolveram o questionário à saída do culto. A Igreja do UNASP é frequentada por mais de 4 mil pessoas a cada sábado, e tem característica peculiar em relação às demais Igrejas Adventistas do país por ser constituída tanto por estudantes universitários (residentes ou não no Campus Universitário), professores e membros da comunidade circunvizinha ao UNASP, localizada na região do Capão Redondo, cuja população supera 268 mil habitantes ([www.prefeitura.sp.gov.br](http://www.prefeitura.sp.gov.br)). O que torna a amostra singular é o fato de ser constituída por indivíduos de diferentes procedências do Brasil, diferentes etnias, classes sociais e faixas etárias.

Foram considerados **vegetarianos** aqueles que não consumiam nenhum alimento de origem animal, **ovolactovegetarianos** aqueles que, dentre os alimentos de origem animal, somente ingeriam ovos, leite e seus derivados, **semivegetarianos** aqueles que consumiam qualquer tipo de carne menos de uma vez por semana, além de consumirem leite, ovos e seus derivados e, finalmente, **não vegetarianos**,

aqueles que consumiam além de ovos, leite e seus derivados, e carnes e seus derivados mais de uma vez por semana. Em função do fato de terem sido encontrados 0,7% de vegetarianos, 10,3% de ovolactovegetarianos, 29,1% semivegetarianos e 59,9% não vegetarianos, foram constituídos dois grupos para as análises: semivegetarianos (SV): composto por indivíduos vegetarianos, ovolactovegetarianos e semivegetarianos, e não vegetarianos (NV).

### Coleta de dados

Foram distribuídos 2.355 questionários dos quais 1.126 (48%) foram devolvidos. O questionário foi composto por 66 questões compreendendo dados demográficos, antropométricos, de pressão arterial, histórico de doenças pessoais e familiares, atividade física, aspectos dietéticos e de frequência de consumo de 37 alimentos e outros produtos. O preenchimento do questionário foi feito durante o período da manhã, entre o culto e as atividades relacionadas à escola bíblica que se realiza logo após o culto. O tempo para o preenchimento foi de aproximadamente uma hora. No cabeçalho do questionário constavam informações a respeito da confidencialidade dos dados, sobre consentimento livre e esclarecido, e que, se preferisse, o sujeito poderia levar o questionário para casa e devolvê-lo no sábado seguinte. As pessoas que escolheram esta opção o fizeram depositando o questionário na Secretaria da Igreja.

### Critérios de exclusão

Foram excluídos os questionários cujas informações não permitiram definir a que estilo dietético o indivíduo pertencia, aqueles cujos dados estavam rasurados ou ilegíveis e aqueles rasgados, amassados ou danificados.

### Informações coletadas

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi construído com a intenção de estabelecer o perfil dietético e identificar fatores de risco cardiovascular<sup>3-6</sup> e não definir o nível de saúde das pessoas. As questões utilizadas foram obtidas a partir do "Adventist

Health Study 2"<sup>1,10,13</sup>. As informações coletadas compreenderam a estatura e o peso corporal atual, dados relativos ao histórico de algumas doenças pessoais, uso de medicações, valores de pressão arterial, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, prática de diferentes atividades físicas e hábitos dietéticos. Para a determinação do estilo dietético foram utilizadas questões sobre consumo de carnes, leite e derivados, e ovos e derivados<sup>1,10,13</sup>. O número de refeições realizadas diariamente e a frequência com que vários tipos de alimentos e outros produtos eram consumidos se basearam nos estudos de Fraser<sup>1,10</sup>, Sabaté<sup>14</sup> e Jacobsen et al.<sup>15</sup>. Foram oferecidas seis opções de frequência de consumo de alimentos e outros produtos, dentre as quais o entrevistado deveria assinalar somente uma. Cada uma das 6 opções recebeu um dos seguintes escores: nunca ou raramente (escore 1), uma a três vezes/mês (escore 2), uma vez/semana (escore 3), duas a quatro vezes/semana (escore 4), uma vez/dia (escore 5) e mais de uma vez/dia (escore 6). Escores semelhantes têm sido utilizados para caracterizar hábitos alimentares, pois se constituem medidas-resumo das frequências de consumo de diversos alimentos<sup>16</sup>, tornando possível agrupar os indivíduos em segmentos semelhantes e classificá-los de acordo com critérios de risco da dieta.

Os alimentos e outros produtos foram categorizados em não saudáveis e saudáveis. Os alimentos não saudáveis foram: arroz e pão brancos, frituras e/ou salgadinhos, açúcar refinado, doces em geral, margarina, refrigerantes, leite integral, maionese, queijos, ovos, frutas enlatadas, café ou chá preto, bebidas alcoólicas e tabaco. Aqueles saudáveis foram: água, alface, rúcula, agrião, almeirão, alimentos integrais, amêndoas, castanha do Pará, amendoim, azeite de oliva, brócolis, couve-flor, iogurte, cenoura, castanha de caju, proteína vegetal texturizada (PVT) e glúten, frutas frescas, frutas secas, granola/flocos de milho e outros cereais matinais, leite de soja, leite desnatado, nozes, suco de frutas e tomate.

O estudo foi financiado pelo UNASP e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob o número 011/2004.

## Análise estatística

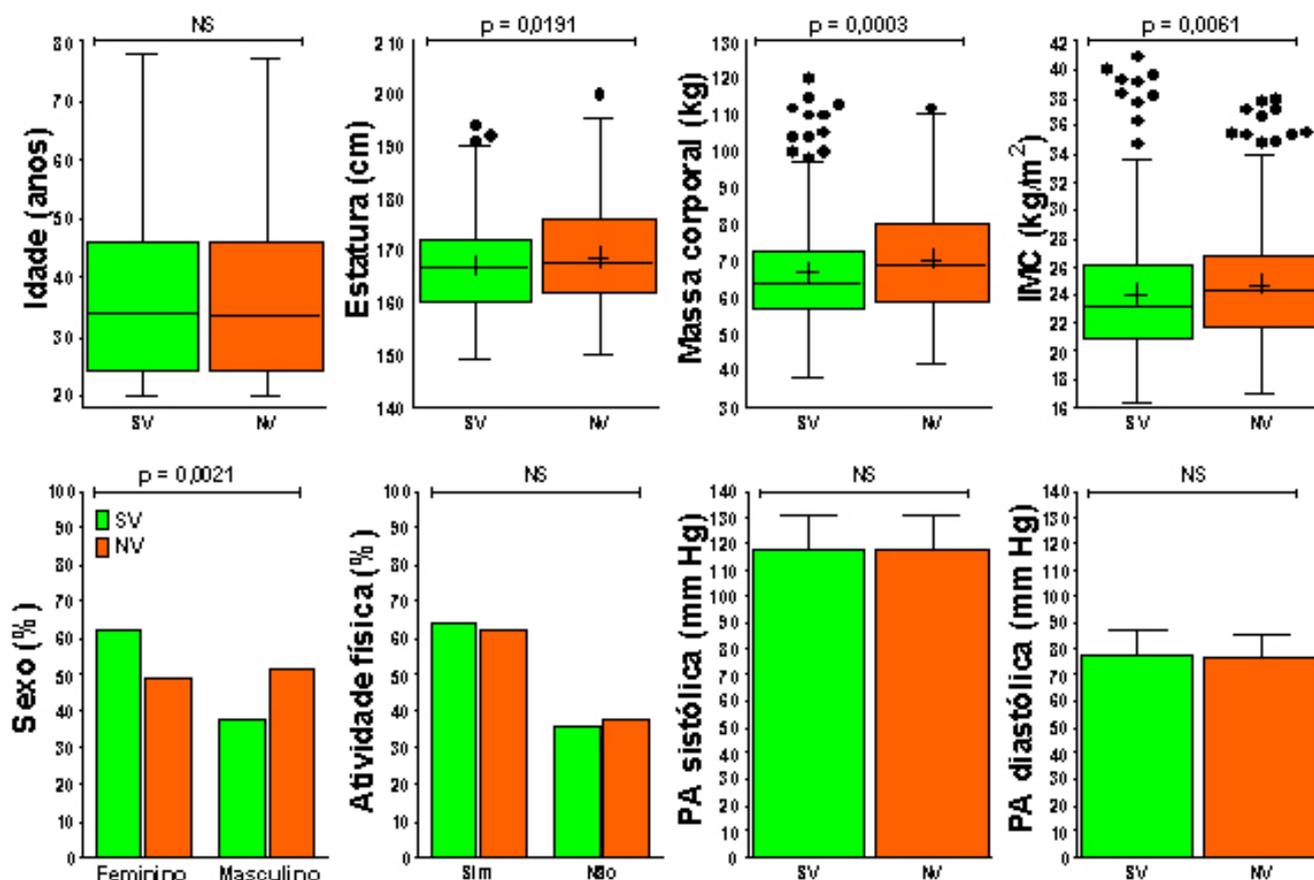
Todas as análises foram feitas por meio do pacote estatístico “GraphPad Prism 5.0 for Windows” (Graphpad Software, Inc., [www.graphpad.com](http://www.graphpad.com)). Os resultados são apresentados como médias  $\pm$  desvios-padrão. Utilizou-se o teste exato de Fisher ( $\chi^2$ ) para as comparações das diferentes proporções entre grupos. Os escores alimentares de SV e NV foram analisados por meio do teste de Mann-Whitney seguido do teste de Dunn. Em todas as comparações o nível de significância estatística estabelecido foi  $p < 0,05$ .

## Resultados

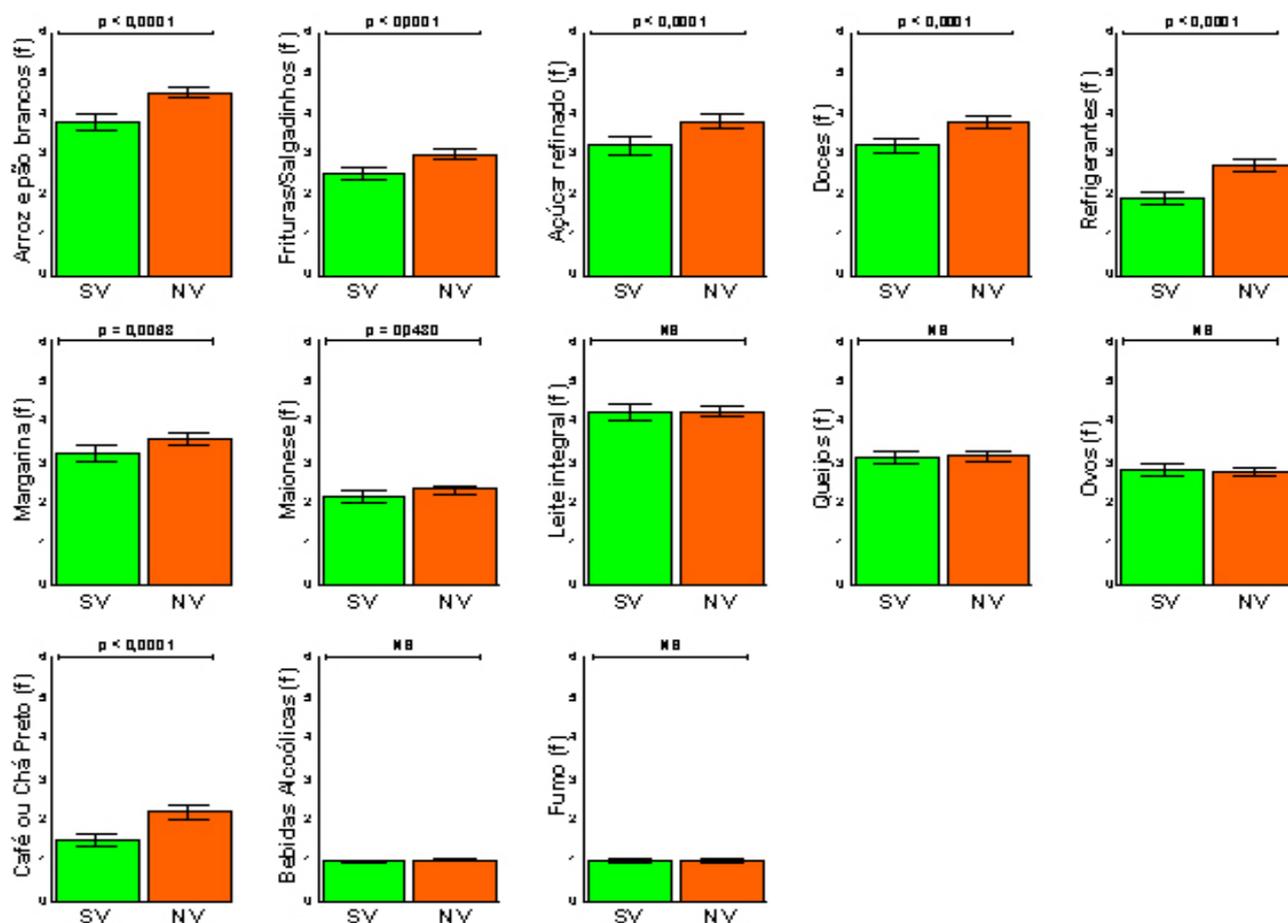
Dos 1.126 questionários devolvidos, somente 608 (54%) preencheram os critérios de inclusão. Os dados apresentados a seguir referem-se a 244 indivíduos SV (40,1%) e 364 NV (59,9%). Entre os SV prevaleceu o sexo feminino (62%, **Figura 1**) e entre os NV o sexo masculino (51%,  $p = 0,0021$ ). A escolaridade não diferiu significativamente entre SV e NV ( $p = 0,442$ ).

Como ilustrado na **Figura 1**, não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre SV e NV relativamente à idade, prática de atividades físicas, pressão arterial sistólica e diastólica. Contudo, os SV exibiram valores significativamente menores de estatura, massa corporal e IMC em comparação aos NV ( $p < 0,05$ ). O teste  $\chi^2$  revelou que a prevalência de sobrepeso mais obesidade (**SP + OB**) entre os SV (13,3%, IC95%: 5,8%; 20,8%) foi significativamente menor ( $p = 0,033$ ) que a verificada entre NV (25,2%, IC95%: 18,2%; 32,1%). O risco relativo (RR) e a razão de chances (OR) de **SP + OB** entre os NV foi de 1,159 (IC95%: 1,019;1,318) e 1,459 (IC95%: 1,041;2,046), respectivamente. A prevalência verificada entre os SV do presente estudo é inferior à verificada em diversos estudos com a população brasileira com idades  $\geq 18$  anos: **sobrepeso + obesidade**:  $>30\%$ <sup>17-19</sup>,  $>40\%$ <sup>20-24</sup>,  $>50\%$ <sup>19,25-29</sup> e  $>60\%$ <sup>23,30,31</sup>.

O estilo de vida sedentário foi encontrado em 36% dos SV e 38% dos NV (diferenças não significantes), valores esses inferiores aos verificados em diversos



**Figura 1:** Características gerais de semivegetarianos (SV) e não vegetarianos (NV). NS: diferenças não significantes.



**Figura 2:** Escores relativos às frequências (f) de consumo de produtos considerados **não saudáveis**: 1: nunca ou raramente, 2: uma a três vezes/mês, 3: uma vez/semana, 4: duas a quatro vezes/semana, 5: uma vez/dia e 6: mais de uma vez/dia. NS: diferenças não significantes. Valores expressos como médias e IC95%.

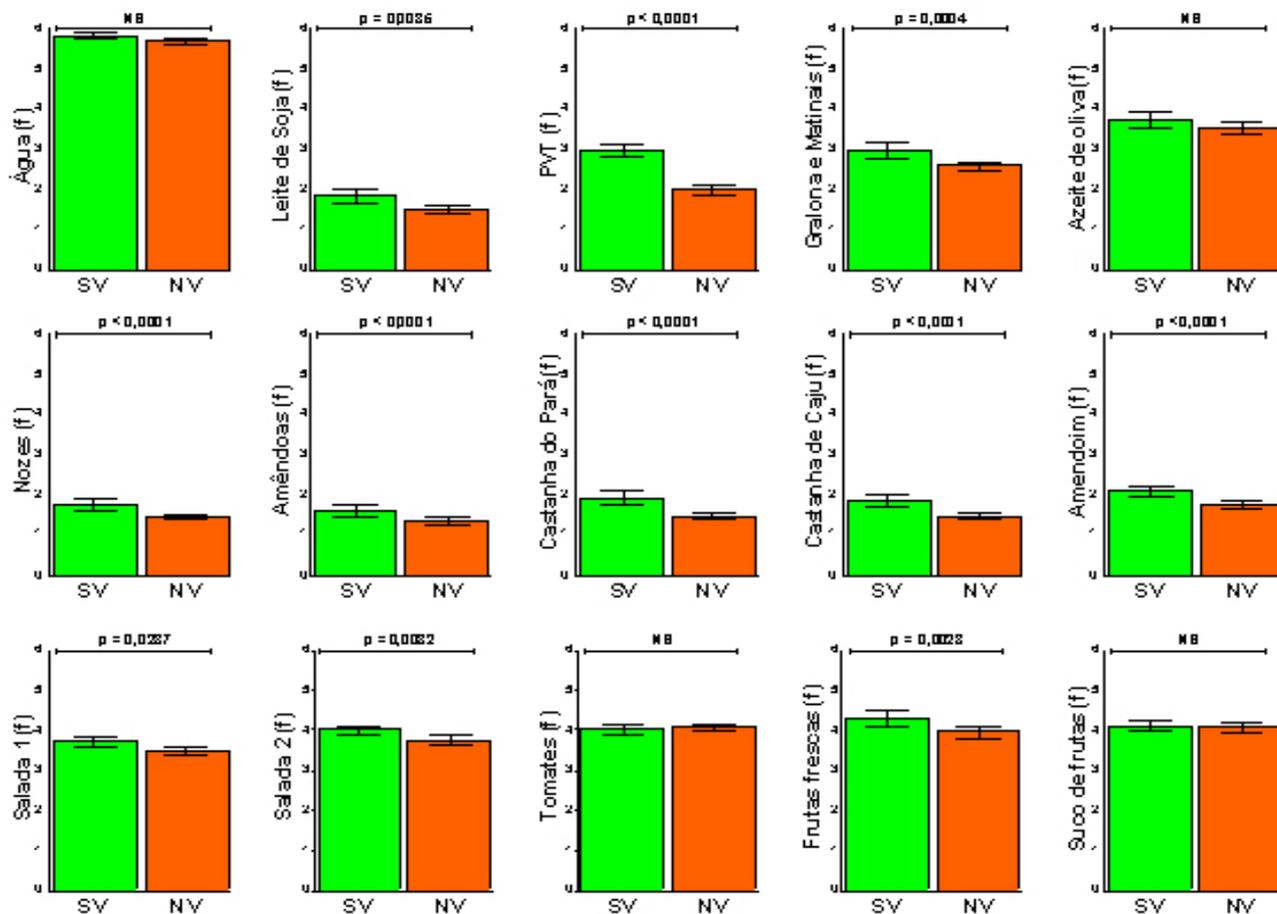
estudos com a população brasileira: > 80%<sup>30</sup>, >70%<sup>23,25,29,31-33</sup>, >60%<sup>21,22,24</sup>, >50%<sup>26</sup>, >40%<sup>20,38</sup>. Por outro lado, outros autores verificaram prevalências de sedentarismo inferiores aos encontrados no presente estudo: Pelotas (24,8%) e de São Paulo (8,9%)<sup>41</sup> e 13,8%<sup>42</sup>.

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes com respeito às prevalências de **doença cardíaca** (5% e 3%), **hipertensão arterial** (7% e 7%), **diabetes mellitus** (2% e 3%) e **dislipidemia** (8% e 10%) em SV e NV, respectivamente. Com exceção das prevalências de doença cardíaca (presente estudo: 3% a 5%, respectivamente) que foram ligeiramente superiores às encontradas por outros autores (>2,4%)<sup>27</sup>, as demais prevalências foram inferiores às apuradas em vários estudos com a população brasileira: **hipertensão arterial**: >20%<sup>20,22,28,30,38</sup>, >30%<sup>17,21,25,31,33</sup> e >60%<sup>29</sup>; **diabetes mellitus**: >4%<sup>17,20,25</sup>, >5%<sup>28</sup>, >6%<sup>33</sup>,

>9%<sup>30</sup>, >10%<sup>29</sup>; e **dislipidemia**: >10%<sup>22,27,30</sup>, >20%<sup>27,34</sup>, >30%<sup>31,35,36</sup> e >60%<sup>37</sup>.

A **Figura 2** resume os escores relativos à frequência de consumo de alimentos e produtos considerados não saudáveis. O consumo de arroz e pão brancos, frituras e salgadinhos, açúcar refinado, doces em geral, refrigerantes, margarina, maionese e café ou chá preto foi significativamente menor entre os SV em comparação aos NV (p < 0,05). O consumo dos demais alimentos não recomendáveis à saúde (leite integral, queijo e ovos), de bebidas alcoólicas e de fumo não diferiram entre os grupos.

A **Figura 3** resume os escores relativos à frequência de consumo de alimentos considerados saudáveis. O consumo de leite de soja, PVT, granola e flocos de milho, nozes, amêndoas, castanha do Pará, castanha de caju, amendoim, saladas e frutas frescas foram significativamente maiores nos SV em relação



**Figura 3:** Escores relativos às frequências (f) de consumo de produtos considerados **saudáveis**: 1: nunca ou raramente, 2: uma a três vezes/mês, 3: uma vez/semana, 4: duas a quatro vezes/semana, 5: uma vez/dia e 6: mais de uma vez/dia. Salada 1: brócolis, couve-flor e cenoura; Salada 2: alface, rúcula, agrião e almerão. NS: diferenças não significativas. Valores expressos como médias e IC95%.

aos NV ( $p < 0,05$ ). Não foram encontradas diferenças estatísticas nas comparações entre os grupos relativamente aos escores de consumo de água, azeite de oliva, tomate e frutas frescas.

Adicionalmente, verificou-se que a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas tendeu ( $p = 0,0561$ ) a ser maior entre os NV (3,7%) que entre os SV (0,9%), o que não ocorreu com a prevalência de tabagismo (NV: 1,5% e SV: 0,5%,  $p = 0,411$ ). Os resultados descritos acima diferem grandemente dos verificados por vários autores com a população brasileira, relativamente ao consumo de **bebidas alcoólicas**:  $>7\%$ <sup>38</sup>,  $>10\%$ <sup>22,33</sup>,  $>30\%$ <sup>24</sup> e  $>50\%$ <sup>21</sup>, e ao **tabagismo**:  $>10\%$ <sup>17,22,30</sup>,  $>20\%$ <sup>21,24,29,33,38</sup> e  $>30\%$ <sup>25</sup>.

## Discussão

Os ASD representam população atrativa para

estudos epidemiológicos em função de seu estilo de vida peculiar, abrangendo ampla variedade de hábitos dietéticos e por se caracterizarem pela abstenção de tabaco e de álcool<sup>1</sup>. Estudos realizados com americanos mostraram que os ASD, em comparação com a população em geral, exibiam menores taxas de vários cânceres<sup>1,8,10</sup>, de morte por doença cardíaca coronariana<sup>1,10</sup>, obesidade<sup>1</sup>, hipertensão arterial<sup>2,3</sup>, hipercolesterolemia<sup>3,12</sup> e diabetes *mellitus*<sup>1</sup>.

O presente estudo foi capaz de distinguir a amostra de indivíduos que frequentam a Igreja ASD da população brasileira com respeito às taxas de prevalências de sedentarismo<sup>20-25,26,29-33,38</sup>, excesso de peso<sup>17-31</sup>, hipertensão arterial<sup>17,20-22,25,28-31,33,38</sup>, diabetes *mellitus*<sup>17,20,25,28-30,33</sup>, dislipidemia<sup>22,27,30,31,34-37</sup>, consumo de álcool<sup>21,22,24,33,38</sup> e tabagismo<sup>17,20-22,24,25,29,30,33,38</sup>. Esses resultados se assemelham a vários estudos com adventistas de outros países<sup>1,4-6</sup>. As características

distintivas dessa amostra, especialmente a dieta, o baixo consumo de álcool e de tabagismo, explicam em parte as diferenças nas prevalências de excesso de peso, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e dislipidemia com relação à população brasileira.

Adicionalmente, os menores escores de consumo de arroz e pão brancos, frituras e salgadinhos, açúcar refinado, doces e refrigerantes, margarina, maionese, café e chá preto, e maiores escores de consumo de leite de soja, PVT, granola, nozes, amêndoas, castanha do Pará, castanha de caju, amendoim, saladas e frutas frescas, indicam que os ASD SV exibem menores riscos de desenvolver várias doenças crônico-degenerativas do que os ASD NV.

O impacto dos múltiplos componentes do estilo de vida sobre a saúde, especialmente com relação à prevenção das doenças não transmissíveis, tem sido amplamente documentado<sup>1,2,4-6,10</sup>. Dados convincentes dão conta de que a abstenção do tabagismo, o controle do peso corporal, a atividade física regular, o consumo de castanhas e a dieta vegetariana prolongam a expectativa média de vida<sup>1,13</sup>, reduzem a mortalidade por doenças cardiovasculares<sup>1,13</sup>, a mortalidade por todas as outras causas<sup>1,40</sup> e a incidência de vários cânceres<sup>1,9</sup>.

No presente estudo, os valores de peso corpóreo e de IMC foram significativamente mais elevados nos indivíduos NV que nos SV. A prevalência de excesso de peso também foi significativamente maior entre os NV. Estes resultados concordam com vários estudos<sup>1</sup> e destacam a importância da dieta predominantemente vegetariana como fator protetor contra o excesso de peso e a obesidade, que se relaciona à redução do risco de morte por doenças cardiovasculares<sup>1</sup> e por vários cânceres<sup>1,8</sup>. Admite-se que os valores inferiores de IMC entre SV sejam decorrentes dos menores valores de consumo energético<sup>1</sup> e de gordura na dieta<sup>1,14</sup>, além de outros fatores do estilo de vida.

## Conclusão

A prevalência de doenças cardiovasculares foi significativamente baixa na amostra de adventistas do

sétimo dia do presente estudo, em relação aos dados populacionais disponíveis. Nos semivegetarianos, o peso corporal e o IMC foram significativamente menores, a escolaridade foi mais elevada, a frequência de consumo de alimentos não recomendáveis à saúde foi menor e a frequência de consumo de alimentos recomendados à saúde foi maior que nos não vegetarianos. Dessa forma, concluímos que os indivíduos semivegetarianos deste estudo apresentaram um estilo de vida mais saudável em relação aos não vegetarianos, reforçando a idéia de que a dieta vegetariana contribui para a promoção da saúde.

## Referências bibliográficas

1. Fraser GE. Diet, life expectancy, and chronic disease. New York: Oxford University Press, 2003.
2. Armstrong B, Van Merwyk AJ, Coates H. Blood pressure in Seventh-day Adventist vegetarians. *Am J Epidemiol*, 1977;105:444-9.
3. Famodu AA, Osiliese O, Makinde YO, Osonuga OA. Blood pressure and blood lipid levels among vegetarian, semi-vegetarian, and non-vegetarian native africans. *Cli Bio*, 1998;31:545-9.
4. Fønnebø V. Mortality in norwegian seventh-day adventists 1962-1986. *J Clin Epidemiol*, 1992;45:157-67.
5. Fønnebø V. The healthy seventh-day adventist lifestyle: what is the norwegian experience? *Am J Clin Nutr*, 1994;59:1124-9.
6. Fønnebø V. The Tromso Heart Study: coronary risk factors in Seventh-Day Adventists. *Am J Epidemiol*, 1985;122:789-93.
7. Berkel JE, Waard F. Mortality Pattern and Life Expectancy of Seventh-Day Adventists In The Netherlands. *Int J Epidemiol*, V.12, P. 455-459, 1983.
8. Mills PK, Beeson WL, Phillips RL, Fraser GE. Cancer incidence among California Seventh-day Adventists, 1976-1982. *Am J Clin Nutr*,

- 1994;58(suppl.):1136S-42S.
9. Willett WC. Convergence of philosophy and science: the third international congress on vegetarian nutrition. *Am J Clin Nutr*, 1999;70(suppl.):434S-8S.
  10. Fraser GE. Associations between diet and cancer, ischemic heart disease, and all-cause mortality in non-hispanic white california seventh-day adventists. *Am J Clin Nutr*, 1999;70:532-8.
  11. Brathwaite N, Fraser HS, Modeste N, Broome H, King R. Obesity, diabetes, hypertension, and vegetarian status among Seventh-Day Adventists in Barbados: preliminary results. *Ethn Dis Winter*, 2003;13:148-152.
  12. Navarro JC, Prado SC, Guimarães G, Martins MC, Caramelli B. Vegetarians and semivegetarians are less exposed to cardiovascular risk factors. *Int J Atheroscler*, 2006;1:48-54.
  13. Fraser GE, Shavlik DJ. Ten Years Of Life: Is It A Matter Of Choice? *Arch Intern Med*, 2001;161:1645-52.
  14. Sabaté J. Nut Consumption, vegetarian diets, ischemic heart disease risk, and all-cause mortality: evidence from epidemiologic studies. *Am J Clin Nutr*, 1999;70:500-3.
  15. Jacobsen BK, Knutsen SF, Fraser GE. Does high soy milk intake reduce prostate cancer incidence? The Adventist Health Study (United States). *Cancer Causes Control*, 1998;9:553-7.
  16. Fonseca MJ, Chor D, Valente JG. Hábitos alimentares entre funcionários de banco estatal: padrão de consumo alimentar. *Cad Saúde Pública*, 1999;15:29-40.
  17. Matos AC, Ladeia AM. Assessment of Cardiovascular Risk Factors in a Rural Community in the Brazilian State of Bahia. *Arq Bras Cardiol*, 2003;81:297-302.
  18. Salaroli LB, Barbosa GC, Mil JG, Molina MC. Prevalência de Síndrome Metabólica em Estudo de Base Populacional, Vitória, ES – Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2007;51:1143-52.
  19. Araújo MS, Costa TH, Schmitz BA, Machado LM, Santos WR. Factors associated with overweight and central adiposity in urban workers covered by the Workers' Food Program of the Brazilian Amazon Region. *Rev Bras Epidemiol*, 2010;13:425-33.
  20. Castanho VS, Oliveira LS, Pinheiro HP, Oliveira HC, Faria EC. Sex differences in risk factors for coronary heart disease: a study in a Brazilian population. *BMC Public Health*, 2001;1:3.
  21. Jardim PC, Gondim MR, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, Souza WK, Scala LC. High blood pressure and some risk factors in Brazilian capital. *Arq Bras Cardiol*, 2007;88:398-403.
  22. Sá NN, Moura EC. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. *Cad Saúde Pública*, 2010;26:1853-62.
  23. Fernandes RA, Christofaro DG, Casonato J, Rosa CS, Costa FF, Freitas Júnior IF, et al. Leisure time behaviors: prevalence, correlates and associations with overweight in Brazilian adults. A cross-sectional analysis. *Rev Med Chile*, 2010;138:29-35.
  24. Nascente FM, Jardim PC, Peixoto MR, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, et al. Arterial Hypertension and its Correlation with Some Risk Factors in a Small Brazilian Town. *Arq Bras Cardiol*, 2010;95:502-9.
  25. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalence of Risk Factors for Coronary Artery Disease in the Brazilian State of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*, 2002;78:484-90.
  26. Reichert FF, Azevedo MR, Breier A, Gerage AM. Physical activity and prevalence of hypertension in a population-based sample of Brazilian adults and elderly. *Prev Med*, 2009;49:200-4.
  27. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LM. Prevalence of overweight and obesity and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saúde Pública*, 2009;43(supl.):1-7.

28. Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cação JC, Loureiro AA, et al. Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population. *Arq Bras Cardiol*, 2010;94:488-94.
29. Lyra R, Silva RS, Montenegro Jr. RM, Matos MV, César NJ, da Silva LM. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2010;54:560-6.
30. Cassani RS, Nobre F, Pazin Filho A, Schmidt A. Prevalence of cardiovascular risk factors in a population of Brazilian industry workers. *Arq Bras Cardiol*, 2009;92:15-21.
31. Franco GP, Scala LC, Alves CJ, França GV, Cassanelli T, Jardim PC. Metabolic syndrome in patients with high blood pressure in Cuiabá – Mato Grosso State: prevalence and associated factors. *Arq Bras Cardiol*, 2009;92:437-42.
32. Pitanga FJ, Lessa I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrument de triage para risco coronariano elevado em adultos na Cidade de Salvador – Bahia. *Arq Bras Cardiol*, 2005;85:26-31.
33. Longo GZ, Neves J, Luciano VM, Peres MA. Prevalence of high blood pressure levels and associated factors among adults in Southern Brazil. *Arq Bras Cardiol*, 2009;93:360-6.
34. Souza LJ, Souto Filho JT, Dousa TF, Reis AF, Gicovate Neto C, Bastos DA, et al. Prevalence of dyslipidemia and risk factors in Campos dos Goytacazes, in the Brazilian State of Rio de Janeiro. *Arq Bras Cardiol*, 2003;81:257-64.
35. Dalpino FB, Sodr e FL, Faria EC. The use of a hospital laboratory cohort to estimate the prevalence of dyslipidemia in an adult Brazilian population. *Clinica Chimica Acta*, 2006;367:189-191.
36. Leite-Cavalcanti C, Rodrigues-Gonçalves MC, Rios-Asciutti LS, Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev Salud Pública*, 2009;11:865-77.
37. Siqueira AF, Harima HA, Osiro K, Hirai AT, Gimeno SG, Ferreira SR, et al. Distúrbios no perfil lipídico são altamente prevalentes em população Nipo-Brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2008;52:40-6.
38. Pereira JC, Barreto SM, Passos VM. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Pública*, 2009;25:491-8.
39. Passos VM, Barreto SM, Diniz LM, Lima-Costa MF. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community – the Bambuí health and aging study. *Sao Paulo Med J*, 2005;123:66-71.
40. Fraser GE, Strahan TM, Sabate J, Beeson WL, Kissinger D. Effects of Traditional coronary risk factors on rates of incident coronary events in a low-risk population the Adventist Health Study. *Circulation*, 1992;86:406-13.
41. Hallal PC, Matsudo SM, Matsudo VK, Araújo TL, Andrade DR, Bertoldi AD. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. *Cad Saude Pública*, 2005;21:573-80.
42. Quadros TM, Petroski EL, Santos-Silva DA, Pinheiro-Gordia A. The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: its association with sociodemographic variables. *Rev Salud Publica*, 2009;11:724-33.

**Como citar este documento:**

Ferreira GM, Staut TC, Araujo SP, Oliveira NC, Portes LA. Estilo de Vida entre Brasileiros Adventistas do Sétimo Dia. *Lifestyle J*, 2011;1(1):17-25 Link direto: <<http://acta.nisled.org/index.php/LifestyleJournal/article/view/9>>