



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

França Helena Elias Pereira

**As representações sociais do tratamento religioso e suas repercussões na  
qualidade de vida para adeptos da nação *Jeje Mahí***

Rio de Janeiro

2023

França Helena Elias Pereira

**As representações sociais do tratamento religioso e suas repercussões na qualidade de vida para adeptos da nação *Jeje Mahí***

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

P436 Pereira, França Helena Elias.  
As representações sociais do tratamento religioso e suas repercussões na  
qualidade de vida para adeptos da nação *Jeje Mahí* / França Helena Elias  
Pereira. - 2023.  
183 f.

Orientador: Antonio Marcos Tosoli Gomes.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

1. Representações sociais. 2. Religião. 3. Qualidade de vida. 4.  
Candomblé. 5. Cura pela fé. I. Gomes, Antonio Marcos Tosoli. II.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III.  
Título.

CDU  
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

França Helena Elias Pereira

**As representações sociais do tratamento religioso e suas repercussões na qualidade de vida para adeptos da nação *Jeje Mahí***

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 28 de junho de 2023.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes (Orientador)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof. Dr. Sérgio Correa Marques

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof. Dr. Luis Felipe de Oliveira Fleury

Centro Universitário Augusto Motta

Rio de Janeiro

2023

## DEDICATÓRIA

Dedico à minha avó, *in memoriam*, Valentina Elias Pereira, que, com seu amor, incentivou-me a lutar para alcançar meus objetivos.

Ao meu filho, Alan Pereira, que sempre foi a motivação para que eu continuasse firme, superando os obstáculos que a vida me impôs.

## AGRADECIMENTOS

O título de mestre foi um objetivo traçado após o término da graduação. Passaram-se duas décadas, e este momento finalmente chegou. Após muitos caminhos, etapas e dificuldades, tenho a felicidade de obtê-lo em uma universidade pública, como sempre almejei.

Agradeço ao meu pai, Gbéssèm (meu *vodún*) por me manter firme diante das adversidades.

Agradeço ao meu grande amigo, Alfredo Carvalho, que, com sua experiência em informática, auxiliou-me nas horas difíceis; à minha *Megitó*, Regina Rocha, pelo esclarecimento sobre a religião e conhecimento compartilhado; ao meu orientador, o professor doutor Antonio Marcos Tosoli Gomes, pela credibilidade, incentivo, parceria e contribuições para o desenvolvimento deste estudo.

Não poderia deixar de citar e agradecer à minha sobrinha, Brenda Pereira, à família e aos amigos, que, com palavras carinhosas e de incentivo, apoiaram-me nessa jornada.

Agradeço a todos os participantes do estudo, que depositaram em mim confiança e compartilharam comigo suas histórias e saberes. São histórias reais e foram a inspiração para a realização deste estudo.

O mestrado é mais do que um título, é um momento de consolidação, um rito de passagem. Assim entendo este momento. Pois acredito que a educação transforma aqueles que precisam ser protagonistas de muitas histórias, mesmo não sendo um ator notável.

Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda. Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. O educador se eterniza em cada ser que educa. A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. Ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza da alegria.

*Paulo Freire*

## RESUMO

PEREIRA, França Helena Elias. **As representações sociais do tratamento religioso e suas repercussões na qualidade de vida para adeptos da nação *Jeje Mahí***. 2023. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O estudo teve como objetivo analisar as representações sociais do tratamento religioso e as repercussões deste na qualidade de vida para adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí*. Estudo exploratório e descritivo de abordagem mista, alicerçado na teoria das representações sociais. Na primeira etapa, cem adeptos responderam a formulários de dados sociodemográficos, de práticas religiosas, de práticas de saúde e de coleta de evocações livres aos termos indutores, tratamento religioso, qualidade de vida, bem-estar, saúde e doença. Utilizaram-se, ainda, os instrumentos WHOQOL (Bref e SRPB) e a escala de religiosidade de Duke. Na segunda etapa, 25 adeptos participaram da entrevista. Os dados quantitativos foram analisados pela estatística descritiva e pelo coeficiente de correlação de Pearson; as evocações livres, pela análise prototípica; e as entrevistas, análise lexical, por meio do *software* IRaMuTeQ. Verificou-se que idade, sexo e nível de instrução não influenciaram a qualidade de vida e que a correlação entre qualidade de vida, espiritualidade e religiosidade foi positiva. A escala de Duke evidenciou alta religiosidade intrínseca. Na análise estrutural da qualidade de vida, os léxicos saúde, paz, fé e felicidade possivelmente fazem parte do núcleo central da representação, enquanto bem-estar, saúde, paz, felicidade e tranquilidade tiveram maiores probabilidades de ser centrais. Para tratamento religioso, foram apontados os termos fé, respeito, hierarquia, cuidado, ancestralidade e *ebó* como prováveis elementos centrais. O amor, apesar de estar na primeira periferia, apresentou características de elemento central. A representação do tratamento religioso para o grupo tem uma dimensão transcendente, reforçada pelo elemento ancestralidade, estando associada às dimensões prática, afetiva e de crença através da palavra fé. Na análise processual, foram gerados dois eixos e quatro classes: eixo 1, intitulado o preparo religioso em diferentes dimensões: corpo humano, processo saúde-doença, comportamentos e práticas de cuidado e de educação, compreendendo as classes 4 e 1, e o 2, denominado o candomblé como espaço de potência e cuidado religioso e biomédico, abarcando as classes 2 e 3. O estudo mostrou que as intervenções por meio do tratamento religioso ligam-se a diversas áreas da vida humana, precipitando fatores que incentivam mudanças de hábitos que modificam a vida cotidiana e espiritual em aspectos subjetivos que repercutem a qualidade de vida. As representações do tratamento religioso são expressões da realidade prática da relação do indivíduo com o divino e suas crenças. As práticas religiosas apresentam-se assentadas em um sistema cultural com significativa ligação entre religião e apoio social que influencia outras em uma relação envolvendo fé, afeto, cuidado e saúde, de forma a promover sentido e propósito para lidar com os desafios do adoecimento e do cotidiano. Considerando a multiculturalidade presente nos ambientes de saúde, percebe-se que os princípios da teoria transcultural poderão auxiliar o planejamento da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Representações Sociais. Tratamento Religioso. Qualidade de Vida. Saúde.

## ABSTRACT

PEREIRA, França Helena Elias. **Social representations of religious treatment and its repercussions on the quality of life of followers of the *Jeje Mahí* nation**. 2023. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The study aimed to analyze the social representations of religious treatment and its repercussions on the quality of life for candomblé followers of the *Jeje Mahí* nation. Exploratory and descriptive study with a mixed approach, based on the theory of social representations. In the first stage, 100 supporters answered forms with sociodemographic data, religious practices, health practices and collection of free evocations to the inducing terms, religious treatment, quality of life, well-being, health and illness. The WHOQOL instruments (Bref and SRPB) and the Duke religiosity scale were also used. In the second stage, 25 supporters participated in the interview. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient, free evocations using prototypical analysis and interviews, lexical analysis using the IRaMuTeQ software. It was found that age, gender and level of education did not influence quality of life and that the correlation between quality of life, spirituality and religiosity were positive. The Duke scale showed high intrinsic religiosity. In the structural analysis of quality of life, the lexicons health, peace, faith and happiness possibly form part of the central nucleus of the representation, while for well-being, health, peace, happiness and tranquility were more likely to be central. For religious treatment, the terms faith, respect, hierarchy, care, ancestry and *ebó* were pointed out as likely central elements. Love, despite being in the first periphery, presented characteristics of a central element. The representation of religious treatment for the group has a transcendent dimension, reinforced by the ancestry element, being associated with practical, affective and belief dimensions through the word faith. In the procedural analysis, two axes and four classes were generated: axis 1, entitled religious preparation in different dimensions: human body, health-disease process, behaviors and care and education practices, comprising classes 4 and 1, and 2, denominated candomblé as a space of power and religious and biomedical care, covering classes 2 and 3. The study showed that interventions through religious treatment are linked to several areas of human life, precipitating factors that encourage changes in habits that modify life everyday and spiritual in subjective aspects that affect the quality of life. Representations of religious treatment are expressions of the practical reality of the individuals relationship with the divine and their beliefs. Religious practices are based on a cultural system with a significant connection between religion and social support, which influences others in a relationship involving faith, affection, care and health, in order to promote meaning and purpose to deal with the challenges of illness and death. daily. Considering the multiculturalism present in health environments, it is clear that the principles of transcultural theory can help planning nursing care.

Keywords: Social Representations. Religious Treatment. Quality of life. Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Análise prototípica referente ao termo indutor “qualidade de vida” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	76
Figura 1 –	Árvore de similitude do termo indutor “qualidade de vida” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	78
Quadro 2 –	Análise prototípica referente ao termo indutor “bem-estar” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	80
Figura 2 –	Árvore de similitude do termo indutor de “bem-estar” (n = 100). Rio de Janeiro. RJ, 2023.....	84
Quadro 3 –	Análise prototípica referente ao termo indutor “tratamento religioso no candomblé da nação <i>Jeje Mahí</i> ” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	86
Figura 3 –	Árvore de similitude do termo indutor “tratamento religioso no candomblé da nação <i>Jeje Mahí</i> ”. Rio de Janeiro, RJ, 2023 (n = 100).....	90
Figura 4 –	Dendograma de CHD. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	93
Figura 5 –	Dendograma de CH por conteúdos semânticos. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	93
Figura 6 –	Dendograma de eixos. Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	95
Figura 7 –	Modelo teórico da relação do tratamento religioso com a qualidade de vida para adeptos da nação <i>Jeje Mahí</i> , 2023.....	131

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização da amostra quantitativa relativa do perfil sociodemográfico dos participantes (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	65
Tabela 2 –	Caracterização da amostra quantitativa relativa ao cenário de pesquisa e perfil religioso dos participantes (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	67
Tabela 3 –	Caracterização da amostra relacionada com o tratamento religioso para a saúde. Rio de Janeiro (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	68
Tabela 4 –	Caracterização da amostra estatísticas descritivas para as dimensões da religiosidade mensuradas pela DUREL (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	69
Tabela 5 –	Distribuição da média e desvio-padrão do <i>score</i> de qualidade de vida conforme WHOQOL-Bref, segundo dados sociodemográficos dos participantes em relação ao sexo (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	72
Tabela 6 –	Relação das variáveis sociodemográficas com <i>scores</i> de WHOQOL-Bref, WHOQOL-SRPB e escala de DUREL (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.....	72
Tabela 7 –	Distribuição dos <i>scores</i> dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	73
Tabela 8 –	Distribuição dos <i>scores</i> dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-SRPB (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	74
Tabela 9 –	Correlação das variáveis qualidade de vida, espiritualidade e religiosidade do estudo (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	75

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética e Pesquisa
DUREL	Escala de Religiosidade de Duke
DP	Desvio-padrão
ES	Espírito Santo
IRaMuTeQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OME	Ordem Média de Evocações
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICo	População, interesse e contexto
PubMed	National Library of Medicine
QV	Qualidade de vida
RI	Religiosidade Intrínseca
RJ	Rio de Janeiro
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
SPSS	Statistical Package for Social Science
ST	Seguimento de Texto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDUCC	Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCEs	Unidades de Contexto Elementares
UCI	Unidades de Contexto Iniciais
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
WHO	World Health Organization
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality of Life – Bref
WHOQOL-SRPB	World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	15
1	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO.....</b>	22
1.1	<b>Espiritualidade, religiosidade e religião: interface com a saúde e a qualidade de vida.....</b>	22
1.2	<b>Contexto histórico da religião candomblé e a nação <i>Jeje Mahí</i>.....</b>	24
1.3	<b>Tratamento religioso no candomblé e o processo saúde-doença.....</b>	28
1.4	<b>Qualidade de vida relacionada com a saúde e o tratamento religioso.....</b>	31
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	37
2.1	<b>Teorias das representações sociais: aspectos teóricos.....</b>	37
2.2	<b>O ser humano: perspectivas históricas e paradigmas.....</b>	41
2.2.1	<u>A mitologia e o ser humano racional segundo o pensamento filosófico entre os antigos.....</u>	41
2.2.2	<u>O ser humano medieval: o homem como representação e semelhança de Deus.....</u>	43
2.2.3	<u>O ser humano: o homem é o centro do universo na Idade Moderna.....</u>	45
2.2.4	<u>O ser humano no contexto biopsicossocial.....</u>	48
3	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	52
3.1	<b>Tipo de estudo.....</b>	52
3.2	<b>Cenários do estudo.....</b>	54
3.3	<b>Participantes do estudo.....</b>	55
3.4	<b>Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados.....</b>	55
3.5	<b>Análise dos dados.....</b>	59
4	<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	64
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	65
5.1	<b>Caracterização sociodemográfica da amostra.....</b>	65
5.1.1	<u>Amostra quantitativa relativa ao perfil sociodemográfico dos participantes segundo variáveis religiosas.....</u>	66
5.2	<b>Avaliação da religiosidade com a escala de Duke-DUREL.....</b>	69
5.3	<b>Análise estatísticas e correlações com os instrumentos WHOQOL.....</b>	71

5.4	<b>Análise prototípica das evocações livres ao termo indutor qualidade de vida.....</b>	75
5.5	<b>Análise prototípica das evocações livres ao termo indutor bem-estar.....</b>	80
5.6	<b>Análise prototípica das evocações livres ao termo indutor tratamento religioso.....</b>	86
6	<b>ANÁLISE PROCESSUAL DOS CONTEÚDOS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO TRATAMENTO RELIGIOSO E REPERCUSSÕES DESTES NA QUALIDADE DE VIDA DOS ADEPTOS DA NAÇÃO JEJE MAHÍ.....</b>	92
6.1	<b>Eixo 1 – o preparo religioso em diferentes dimensões: corpo humano, processo saúde-doença, comportamentos e práticas de cuidado e de educação.....</b>	95
6.1.1	<u>Classe 4 – preparo religioso do corpo e do espírito como determinantes do processo saúde-doença e como práticas de cuidado.....</u>	96
6.1.2	<u>Classe 1 – preparo religioso: influências na educação para a vida e no comportamento pessoal com reflexos nas relações sociais e na qualidade de vida.....</u>	103
6.2	<b>Eixo 2 – o candomblé como espaço de potência e de cuidados religioso e biomédico.....</b>	113
6.2.1	<u>Classe 2 – o tratamento biomédico e religioso no âmbito da roça de candomblé: tensões, aproximações e distanciamentos.....</u>	114
6.2.2	<u>Classe 3 – o candomblé como potencializador das redes de apoio social, da religiosidade e das crenças nas práticas de cuidado.....</u>	120
7	<b>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TRATAMENTO RELIGIOSO: INTERAÇÃO E INTERSEÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA, A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE.....</b>	127
7.1	<b>A interface entre o tratamento religioso e a teoria transcultural de Leininger na prática de enfermagem: uma possibilidade para o cuidado holístico diante de crenças pessoais.....</b>	133
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	137
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	141
	<b>APÊNDICE A – Caracterização dos participantes.....</b>	158
	<b>APÊNDICE B – Instrumento para coleta de evocações livres.....</b>	162

<b>APÊNDICE C</b> – Práticas de atividades religiosas.....	164
<b>APÊNDICE D</b> – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	165
<b>APÊNDICE E</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.....	168
<b>ANEXO A</b> – Índice de religiosidade da Universidade de Duke.....	170
<b>ANEXO B</b> – Questionário WHOQOL-Bref.....	172
<b>ANEXO C</b> – WHOQOL-SRPB.....	176
<b>ANEXO D</b> – Parecer Consubstanciado do CEP.....	181

## INTRODUÇÃO

Qualidade de vida (QV) e saúde têm um significado amplo, mas seus conceitos estão relacionados. A saúde, na atualidade, tem sido concebida como o resultado de um processo social que representa a QV de uma coletividade. A saúde é considerada um produto social resultante das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais que ocorrem em uma sociedade e criam as condições de vida da população (BRASIL, 2002). Na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no Canadá, em 1986, a Carta de Ottawa reforçou o conceito de saúde, estabelecendo que as condições e os requisitos para a saúde são: paz, educação, moradia e alimentação, renda, justiça social, igualdade de oportunidades e biosistema estável. A Conferência salientou a necessidade de incentivar sindicatos, comércio e indústria, associações acadêmicas e lideranças religiosas a auxiliarem na promoção e na manutenção da saúde da população (BRASIL, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946-1948, p. 1). Não se trata apenas da ausência de doenças, mas, sim, de um objetivo a ser alcançado, que envolve aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais, permitindo que as pessoas identifiquem, atinjam e satisfaçam suas aspirações.

Diante do abrangente conceito de saúde da OMS, nos últimos tempos pesquisas sobre espiritualidade e religiosidade e sua ligação com a saúde, o bem-estar psicológico e a integração biopsicossocioespiritual do ser humano têm despertado interesse. Os estudos apontam uma inclinação crescente das pessoas em busca de bem-estar, modos de viver e de meios que as mantenham firmes diante das dificuldades do cotidiano e que as auxiliem em um processo de mudanças e de subjetividades, independentemente de estarem doentes ou não. Essas prerrogativas se assemelham à ideia de “qualidade de vida” apresentada por Minayo, Hartz e Buss (2000). Os autores consideram a QV como “uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8).

A complexidade dos fatores que influenciam a saúde mostra a necessidade de se considerarem os recursos utilizados para promover a saúde. Nesse contexto, há a discussão sobre a QV, com foco em intervenções que ultrapassam o modelo biomédico. Cuidar da saúde significa também garantir meios e situações que aumentem a QV. Isso implica valores e escolhas, tanto na dimensão objetiva quanto nos aspectos subjetivos. É nesse contexto que

estão as representações sociais do tratamento religioso e a repercussão deste na QV dos adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí*.

A conexão entre espiritualidade, religiosidade e religião com os cuidados de saúde é algo que existe há séculos, seja em busca da saúde física, do tratamento para o bem-estar da alma ou até mesmo pela preocupação constante dos seres humanos em encontrar soluções para as doenças. As enfermidades, ao longo de vários séculos, foram tratadas por clérigos e curandeiros, sendo os tratamentos guiados pelas tradições religiosas em diferentes sociedades e períodos históricos. Isso ocorria porque na época se acreditava que os problemas de saúde estavam ligados a situações sobrenaturais (BALESTRIN; BARROS, 2009; INOCÊNCIO, 2010; NAKAZONE, 2018). Assim, entende-se que a conexão entre religião, saúde e doença, fé e ciências é histórica.

Nessa direção, Inocêncio (2010) aponta para estudos relatando que, desde 2000-1800 a.C., os cuidados e tratamentos egípcios eram realizados em nome dos deuses, assim como na Grécia em 500-300 a.C., quando os pensadores já debatiam a existência da alma. Vale salientar que os primeiros hospitais foram criados pela Igreja cristã e, neles, os doentes — por causas físicas, mentais ou espirituais — eram atendidos por monges, padres e pastores que, naquele período, aplicavam tratamentos baseados na dimensão mística, isto é, em métodos da terapêutica religiosa (NAKAZONE, 2018).

Segundo Balestrin e Barros (2009), a religião se afastou da ciência a partir da Idade Moderna, nos séculos XVI e XVII, quando o tradicionalismo foi questionado e combatido pelo racionalismo. Esse período ficou conhecido como “Revolução Científica”, por causa da valorização do método cartesiano, que direcionou a assistência em saúde para um modelo mecanicista, com tratamentos e cuidados centrados no biologismo e na tecnificação (BALESTRIN; BARROS, 2009).

Apesar de a ligação entre religião, fé e saúde, doença e ciência ser histórica, esse fenômeno ficou silenciado por anos na academia. No entanto, em 1960, o tema voltou a ser abordado em estudos epidemiológicos que investigaram a relação da espiritualidade e da religiosidade com o processo saúde-doença.

Desde então, nas últimas décadas, os estudos sobre religiosidade, espiritualidade e sua relação com a saúde e a doença passaram a despertar maior interesse social e científico, principalmente pela transição epidemiológica, demográfica e cultural que ocorreu na população e no perfil de morbimortalidade mundial (BRASIL, 2011). De acordo com estudos realizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as doenças na população vêm aumentando, particularmente as crônicas, que tendem a se agravar com o processo de

envelhecimento, hábitos de vida inadequados, tradições e culturas (BRASIL, 2011). Cabe destacar que o Brasil é um país fortemente marcado por tendências religiosas e diversidade cultural que influenciam os hábitos cotidianos e de saúde.

Diante disso, nota-se que a parcela da população dotada de concepções religiosas e enraizadas em tradições e hábitos culturais, ao adoecer, geralmente busca apoio espiritual e auxílio na religião para tratar seus problemas de saúde, principalmente os que acreditam na medicina empírica africana. Pois estes frequentemente procuram as roças<sup>1</sup> de candomblé para tratar de seus males.

Portanto, ao considerar os fatores determinantes e condicionantes da saúde, observa-se íntima relação entre espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais, fé e saúde, uma vez que a população religiosa recorre à religião em busca de tratamento sobrenatural, com a perspectiva de encontrar alívio para os males que lhe causam infortúnios. Dito de outro modo, saem a procura de tratamentos alternativos ou complementares e de respostas para compreender os motivos da doença e do sofrimento, na maioria das vezes desejando a cura por meio de tratamentos místicos, com a esperança de alcançar bem-estar e, conseqüentemente, melhor QV.

Mesmo diante das inovações tecnológicas em face do racionalismo científico, os recursos logísticos atuais parecem não ser suficientes para atender às necessidades dos indivíduos. Talvez isso aconteça por causa da diversidade sociocultural que compõe a população brasileira. Logo, as tecnologias utilizadas nos estabelecimentos de assistência à saúde e os tratamentos oficiais (biomédicos) não conseguem dar conta de assistir o ser humano em todas as suas necessidades. Frequentemente, observa-se a busca de práticas sobrenaturais, por meio dos cuidados religiosos para tratar diversas enfermidades (SANTOS, 1999).

Para determinados grupos ou indivíduos, o tratamento religioso, por vezes, será considerado igual ou mais importante que o tratamento oficial, em virtude das raízes na cultura, fato que merece atenção, pois as nações de candomblé têm cuidados próprios com posturas proféticas que influenciam as decisões dos adeptos no contexto do processo saúde-doença.

Portanto, para assistir integralmente uma população, entende-se ser essencial considerar os diversos fatores determinantes e condicionantes da saúde, de forma a inter-relacionar cuidados religiosos e espirituais, tradições e culturas nos cuidados em saúde. Nesse

---

<sup>1</sup> Espaço destinado ao culto religioso e consagrado às divindades.

sentido, diante da pluralidade religiosa da população brasileira e da diversidade sociocultural dos grupos que a compõem, compreender como o indivíduo se relaciona com religião, religiosidade, espiritualidade e de que forma essa relação reflete no processo de saúde e doença e na QV implica atenção para pensar o cuidado integral.

Em relação ao exposto, observa-se a existência de conexão entre o sagrado, o transcendente, a saúde e as esferas religiosas, revelando interessantes ligações pelas afinidades que os interligam. Diante disso, acredita-se que, por meio das representações sociais dos adeptos sobre as práticas religiosas desenvolvidas nas roças de candomblé *Jeje Mahí* e seu comportamento religioso como fator de proteção, bem como pela estratégia de enfrentamento para seus problemas cotidianos e de saúde, será possível compreender o pensamento social desse grupo sobre os tratamentos religiosos e de que forma este repercute na QV dos adeptos.

Assim como a aquisição de conhecimento relativo às práticas de saúde, valores culturais, sentimentos e atitudes trazem significados à realidade do grupo. Nessa direção, Moscovici (1978) considera que a representação social é um conhecimento particular que forja comportamentos e estabelece comunicação entre os indivíduos, esclarecendo pontos de vista da vida cotidiana. Jodelet (2001, p. 22) corrobora isso, ao referir que representação social “[...] é uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Portanto, conhecer as práticas de tratamentos e a realidade do povo de candomblé *Jeje Mahí* possibilita a construção de planejamento para aprimorar os cuidados em saúde com a perspectiva de assistir as comunidades de candomblé. É possível que a associação dos costumes da religião no itinerário terapêutico faça com que os adeptos se sintam acolhidos e assistidos. Acredita-se que essa atitude possa diminuir o número de abandonos, assim como aumentar a adesão aos cuidados biomédicos, cooperando para a alteração de hábitos e de comportamento, de forma a produzir impactos positivos na QV.

Diante do que foi apresentado até aqui e da complexidade que envolve a discussão sobre tratamento religioso e QV, delinear-se os questionamentos para o presente estudo, quais sejam:

- a) Quais são as representações sociais do tratamento religioso para adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí*?
- b) O que é QV para os adeptos do candomblé nação da *Jeje Mahí*?
- c) O tratamento religioso repercute na QV dos adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí*?

Como objeto de estudo, adotam-se as representações sociais do tratamento religioso e as repercussões deste na QV para adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí*.

O estudo tem como objetivo geral analisar as representações sociais do tratamento religioso e as repercussões deste na QV para adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí*. Os objetivos que seguem foram formulados com a proposta de que expressarão de maneira subsidiária as questões principais. Assim, propõem-se os objetivos específicos:

- a) Descrever as representações sociais do tratamento religioso para adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí*.
- b) Descrever as práticas de tratamentos religiosos do candomblé da nação *Jeje Mahí* presentes nos conteúdos representacionais.
- c) Relacionar as representações do tratamento religioso dos adeptos com a ideia de QV com vistas à construção de um modelo explicativo.

A relevância do objeto de estudo reside na perspectiva de entender as dimensões da realidade e na aquisição de conhecimento que possa somar com a assistência à saúde, dado o fato de as religiões terem tratamentos místicos, ritos e mitos com potencial para tratar e influenciar indivíduos, grupos e comunidades, possibilitando repercussões benéficas ou não na promoção e na recuperação da saúde, no bem-estar e na QV (GUSSI; DYTZ, 2008).

Com base no exposto, consideram-se as necessidades biopsíquicoespirituais e os possíveis reflexos da religiosidade e da espiritualidade sobre os indivíduos, partindo do princípio de que a religião candomblé admite como filosofia que seus tratamentos místicos têm a premissa de harmonizar corpo-mente-alma, fortalecer a fé, dar sentido à vida, aliviar aflições, amenizar ou tratar doenças e fortalecer o enfrentamento para alcançar um melhor estado de saúde e bem-estar. Adota-se como hipótese que, para os adeptos do candomblé *Jeje Mahí*, os tratamentos religiosos auxiliam na melhora do estado de saúde e promovem bem-estar, contribuindo para a QV. Cabe ressaltar que o estudo poderá contribuir com terapeutas da saúde, pois estes podem deparar-se com situações de saúde que envolvem costumes das religiões de matriz africana, cabendo-lhes assistir os indivíduos em suas necessidades socioculturais com ética e respeito nos diversos ambientes de assistência à saúde.

No que tange à teoria das representações sociais (TRS), ela oportuniza acentuar conhecimento sobre o tratamento religioso do candomblé *Jeje*, uma vez que possibilita entender que a religião, a fé e as ciências podem coabitar de forma harmoniosa para o bem-estar e a QV, na medida em que a “representação responde justamente à necessidade de sentidos e comportamentos ou visões socialmente adaptadas ao estado de conhecimento do real” (MOSCOVICI, 1978, p. 77).

Assim, deve-se oportunizar um cuidado holístico baseado no conceito da OMS, a qual redefiniu, em 1998, a saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (TONIOL, 2017, p. 284). Direito social que deve ser assegurado sem discriminação de religião, raça, ideologia política ou condição socioeconômica. Dessa maneira, trata-se de bem coletivo, uma condição de cidadania (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946-1948).

Salvo as possíveis contribuições para a área da saúde, o estudo mostra-se significativo, na medida em que traz para a discussão a terapêutica afro-brasileira, de origem negro-africana, atividade recorrente nas roças de candomblé em virtude da limitação de resolutividade da terapêutica oficial para compreender e assistir as necessidades religiosas e espirituais dos indivíduos no enfrentamento de seus problemas de saúde. Além disso, poderá contribuir para compreender as práticas de cuidados desse grupo, considerando o modo como é significado e vivido o tratamento religioso e o que é considerado QV no contexto cultural, religioso e de valores sociais desses atores.

Portanto, estudos que envolvam o conhecimento das modalidades de tratamento religioso no candomblé são desejáveis, uma vez que a procura por essa modalidade de tratamento apresenta demanda concreta na atualidade e pela carência de acervo sobre a temática.

Para a comunidade acadêmica, espera-se que as informações transmitidas por este estudo possam enriquecer as discussões sobre o tema em questão e trazer contribuições para pesquisadores e estudantes dos cursos de formação na área da saúde e afins, para um maior conhecimento sobre as práticas terapêuticas desenvolvidas nas roças de candomblé que estão relacionadas com a promoção e a recuperação da saúde.

Embora a OMS reconheça a importância da espiritualidade para definir saúde, a assistência espiritual ainda não ocorre nos estabelecimentos de assistência à saúde. A falta de conhecimento para ver a dimensão espiritual de uma pessoa torna a situação intrigante, causando desconforto e, conseqüentemente, um desequilíbrio para o profissional. Sobre isso, podemos associar definições das representações sociais sobre tornar conhecido o que parece estranho, desconhecido, pois as representações sociais se voltam para tornar comum o que é estranho. Nessa lógica, Moscovici explica que:

Quando um objeto proveniente de fora penetra em nosso campo de atenção, [...] esse desequilíbrio aumenta, [...] para reduzir conjuntamente a tensão e o desequilíbrio, é preciso que o conteúdo estranho se desloque para o interior de um conteúdo corrente, e que o que está fora do nosso universo penetre no interior do nosso universo. Mais exatamente, é necessário tornar familiar o insólito e insólito o familiar, mudar o universo sem que ele deixe de ser o

nosso universo. Isso só é possível se fizermos passar, como que através de vasos comunicantes, linguagens e saberes de regiões onde existe abundância para regiões onde predomina a escassez. (MOSCOVICI, 1978, p. 60).

Logo, compreender as representações de um grupo sobre os tratamentos religiosos e suas tradições socioculturais poderá contribuir para a aquisição de conhecimento e reduzir obstáculos e fragilidades na assistência aos adeptos da religião.

Por fim, o estudo poderá contribuir para ampliar a visibilidade das necessidades do povo de terreiro entrelaçadas com ações e comportamentos que envolvam saúde, religião, religiosidade, espiritualidade, terapêutica religiosa e QV. Além disso, destaca-se a necessidade de abordar ambientes de investigação que apresentem fenômenos diversos, em vários cenários.

## 1 REFERENCIAL TEMÁTICO

As fontes que sustentaram as reflexões e a visão apresentada foram retiradas de diversas produções literárias, com o objetivo de elaborar um referencial que auxiliasse na pesquisa, para, de forma clara, identificar o que tem sido estudado sobre a interface entre a terapêutica religiosa, a saúde e a QV.

Cabe destacar que, na busca do estado da arte, fez-se, inicialmente, um planejamento de busca de artigos, estruturado na estratégia população, interesse e contexto (PICo) nas bases de dados do portal de periódicos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da National Library of Medicine (PubMed), da Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), usando os termos espiritualidade, religiosidade, religião, tratamento religioso, terapêutica religiosa, candomblé, QV e correlatos publicados entre 2011 e 2021, totalizando 23 trabalhos — e somente quatro deles se relacionavam com o objeto de estudo. Em virtude da escassez de fontes recentes e diante da particularidade do tema, o limite temporal para as referências bibliográficas não foi adotado. Com os livros que corroboram o tema e os artigos selecionados das bases de dados e dos repositórios universitários, após uma seleção baseada em título e resumo, foi realizada uma leitura completa para a elaboração do referencial utilizado no presente estudo.

### 1.1 Espiritualidade, religiosidade e religião: interface com a saúde e a qualidade de vida

Nos últimos anos, estudos sobre religiosidade, espiritualidade, influência de práticas religiosas e crenças no processo de saúde e doença vêm despertando interesse e crescendo no âmbito acadêmico e científico (AVEZUM, 2007; BIZERRIL *et al.*, 2020; GOMES, 2021; GUIMARÃES; MELO, 2015; MOREIRA *et al.*, 2015; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008; RADDATZ *et al.*, 2019; SCORSOLINI-COMIN, 2020a; SILVA; MARQUES, 2018; SILVA; TAUNAY *et al.*, 2012). No entanto, ainda são tímidas as pesquisas que avaliam implicações e resultados da religiosidade na saúde no tocante a tratamentos religiosos em algumas vertentes religiosas, em particular nas denominações das religiões de matriz africana, como o candomblé da nação *Jeje*.

Em princípio, as pesquisas se voltam para o estudo da religiosidade e da espiritualidade de modo geral, sem referência a uma vertente religiosa específica. Todavia, o impacto da religiosidade no processo saúde-doença poderá influenciar aspectos positivos ou negativos no seguimento terapêutico tradicional, independentemente da religião professada. Isso porque, não raro, observam-se pessoas recorrerem a intervenções religiosas e espirituais em busca de cura ou de alívio para os infortúnios provocados pelas doenças. Mota e Trad (2011, p. 336) afirmam ser “bastante recorrente o uso concomitante de diferentes alternativas terapêuticas, sendo a alternativa religiosa vista como potencializadora do tratamento convencional”.

Embora difundida, no âmbito da saúde, a importância da assistência integral para o bem-estar físico, social, mental e espiritual, bem como o direito e a liberdade de crença religiosa assegurada pela Constituição Federal de 1988, percebe-se que pacientes e profissionais de saúde praticantes das religiões afro-brasileiras enfrentam inúmeros questionamentos, dificuldades e críticas no que tange à sua cultura, em particular ao tratamento religioso. Tal situação leva-os ficar desprovidos de amparo religioso nos estabelecimentos de assistência à saúde.

Dado que a religiosidade deixa de ser entendida como recurso possível para auxiliar no enfrentamento aos problemas de saúde, também deixam de ser observadas as relações ou a experiência dos pacientes com as terapias religiosas. Portanto, o tratamento religioso e espiritual não é inserido no itinerário terapêutico dos indivíduos que professam as religiões afro-brasileiras, por deixar de ser entendido como recurso complementar, embora a assistência espiritual e religiosa ser uma forma de apoio terapêutico para esses indivíduos e influenciar de alguma forma seu bem-estar e QV. Nesse sentido, é importante destacar os comentários de Panzini *et al.* (2011), quando discorrem sobre a estreita relação entre espiritualidade, religiosidade e QV, ao expor que as dimensões religiosa e espiritual envolvem associações positivas e negativas, sociais e psicológicas, que podem desenvolver estado de bem-estar, assim como satisfação de vida e valores sociais resultantes do bom estado de saúde ou de estados negativos, que levem a situação preocupante, como comportamentos de risco à integridade física ou à vida.

Segundo Valla, Guimarães e Lacerda (2006), a religiosidade e a espiritualidade atribuem significados às aflições, possibilitando ao indivíduo compreender seu estado de saúde, mostrando-se como recurso e fonte de apoio para minimizar o sofrimento. Nesse sentido, em seu estudo, Melo (2015) infere que a religião está relacionada com o desejo de

superar suas limitações e alcançar meios para desfrutar a vida. O autor esclarece que a religiosidade se coloca como um fenômeno ligado a questionamentos próprios do ser humano.

Assim, afirma Melo (2015, p. 451) que a transcendência é a busca de um sentido para vida, e a “religião é um fenômeno relativo ao desejo, ou seja, o homem tem consciência de sua finitude e limitações, mas tem o desejo de superá-las por meio de experiências e modos de existência que lhe fazem celebrar e aproveitar a vida”. Já a espiritualidade, conforme Gomes (2021, p. 98), é “a relação entre uma pessoa e o ser ou força superiores”. Ainda segundo o autor, a espiritualidade é mais abrangente que a religiosidade, pois se caracteriza como uma dimensão intrínseca, própria da natureza humana. Gomes (2021, p. 98) refere que a espiritualidade “é, simultaneamente, expressa pela religião, apresentando uma ressignificação da vida”, para emergir um conjunto de sentimentos que podem conduzir ao estado de compaixão, esperança e bem-estar, apontando, assim, sentido e significado para vida.

Quanto ao cuidado espiritual, este poderá ser entendido como recurso para o enfrentamento do processo de doença associado à maior QV em decorrência do estímulo à esperança (GOMES, 2021), com o auxílio das conexões espirituais pessoais ou da inclusão de tratamentos religiosos, rituais específicos desenvolvidos na religião.

Por fim, com relação ao cuidado espiritual no ambiente de assistência à saúde, cabe ressaltar a importância da relação empática e da assistência humanizada por meio da solidariedade e da cooperação. Para tanto, a enfermagem e as demais áreas da saúde precisam atentar para as necessidades biológicas e espirituais dos indivíduos enfermos sob seus cuidados, podendo cuidar delas por meio das “interações interpessoais com a possibilidade de partilha de rituais e a potencialização da força de ambos os atores sociais envolvidos no cuidar” (GOMES, 2021, p. 98). Isso implica respeito pela religião do indivíduo assistido, o que inclui crenças e práticas ritualísticas específicas.

## **1.2 Contexto histórico da religião candomblé e a nação *Jeje Mahí***

O candomblé é uma religião brasileira formada por diversos povos do continente africano que chegaram ao Brasil na diáspora negra. Três grupos étnicos deram origem à religião: nação *Ketu*, com o culto aos *orixás*; nação *Angola*, com o culto aos *nkisis*; e nação

*Jeje*, com o culto aos *vodúns*<sup>2</sup> (PARÉS, 2007). Como aponta Ramos (2021), é uma religião brasileira com heranças africanas e culturas diversas. Apresenta universo plural, com organização social complexa no que concerne às divindades, aos valores culturais, às tradições, aos ritos e à maneira particular de ver a vida diante da espiritualidade e de seus reflexos no cotidiano dos adeptos (PARÉS, 2007).

Trata-se da religião que emergiu da cultura religiosa professada pelos negros africanos escravizados que chegaram ao Brasil na época da colonização, a partir do século XVI (PRANDI, 2001). Cabe ressaltar que a religião candomblé se divide em denominações, também denominadas nação, cada qual com suas versões da mesma tradição, porém com variação em suas características culturais. De acordo com Parés (2007), o termo nação foi utilizado pelos europeus para determinar a identidade coletiva na sociedade da África Ocidental. O candomblé foi influenciado de maneira mais ostensiva pelos povos *fon ou gbés, yorubás e bantus*. Esses três povos étnicos deram origem ao candomblé, a partir das diversas expressões religiosas (RAMOS, 2021), que recebem o nome de nação. Assim, no período escravagista, esses povos eram identificados por suas origens linguísticas, ritualísticas e crenças próprias (PARÉS, 2007).

Embora tenha similaridade em alguns costumes e rituais, as nações apresentam diferenças, tornando-se impossível falar de um candomblé único. Apesar disso, Prandi (2001) afirma ser possível dizer que os candomblecistas de diferentes nações, juntos, podem ser reconhecidos como um só povo de santo, que confessa, sob diferentes nomenclaturas e ritos, uma religião que encontra sua origem no continente africano e que divide a alcunha de candomblé. Portanto, diante da pluralidade de nações da religião, que consente a variados modos de identificação étnica (PARÉS, 2007), neste estudo nos deteremos no candomblé *Jeje* com ênfase na nação *Jeje Mahí*.

Diante da realidade social vivida pelos africanos e do longo tempo de perseguição que sofreram pelo Estado brasileiro, realizar uma historiografia precisa sobre a constituição da religião candomblé no Brasil é um exercício complexo, tendo em vista os processos políticos, isto é, a pressão escravocrata e a supremacia do cristianismo católico, religião da época (BATISTA, 2014).

Nos primeiros séculos da colonização, não havia terreiros oficiais, e os cultos aconteciam em ambiente doméstico. Portanto, não havia registro sobre os cultos ou

---

<sup>2</sup> *Vodúns* são divindades africanas do povo *Fon* (falantes da língua *gbé*), originário da África Ocidental, que se popularizaram no Brasil, sendo cultuadas nos candomblés da nação *Jeje* e sincretizados com os orixás da nação *Ketu*, da tradição iorubá (SILVA, 2019).

congregações. Tal situação iniciou seu processo de mudança no final do século XVIII e início do XIX, quando os cultos africanos passaram a se institucionalizar, formando os primeiros terreiros de candomblé, no estado da Bahia. Historiadores acreditam na probabilidade de que a constituição e o estabelecimento do *Ìyá Omi Àṣẹ̀ Àírà Intilẹ̀*, o candomblé da *Barroquinha*, fundado entre os séculos XVIII e XIX, tenham sido o marco desse movimento (SILVEIRA, 2006).

No candomblé da *Barroquinha*, encontravam-se adeptos da nação *Ketu* e da nação *Jeje*, embora o templo fosse assinalado tradicionalmente como de nação *Ketu*. Ainda que o candomblé da *Barroquinha* seja geralmente identificado como de nação *Ketu*, indivíduos da nação *Jeje* também foram encontrados nesse espaço, em tal extensão que na época falava-se de um complexo cultural *Jeje Nagô* (*nagô*, nome para denominar os *yorúbás*, povo que deu origem à nação *Ketu*) (SILVEIRA, 2006).

A formação de grupos africanos no contexto religioso do Brasil foi entendida como resultado de um processo de diálogo e contraste cultural entre diferentes povos associados às diferentes vertentes religiosas em virtude da diversidade étnica (PARÉS, 2007). Em relação à nação *Jeje*, Ferretti (1985) e Parés (2007) relatam que a nação é originária da África Ocidental, mas não há como se referir a uma região exata.

Embora não seja possível falar de um limite geográfico exato para caracterizar as nações, acredita-se que a identificação dos *jejes* em solo brasileiro durante o período da escravidão, entre as outras nações (grupos étnicos), tenha sido com o idioma e a terminologia religiosa utilizados para se referir a uma “região de culto aos *vodúns*”, incorporada aos sistemas religiosos e culturais dos grupos (PARÉS, 2007). Essa área abrange as regiões entre os países de Gana e Nigéria. Mediante o exposto, nota-se que o candomblé *Jeje* é dividido em nações por causa da união de escravos oriundos de diversas regiões, o que deu origem a vários grupos, cada qual com suas respectivas liturgias, surgindo, assim, as várias denominações em virtude da associação com a região geográfica de origem, sendo: *Jeje Mahí*, *Jeje Savalu*, *Jeje Mundibi*, *Jeje Dagomé*, *Jeje Mina Popo*, cada uma com suas características e variações litúrgicas em relação ao culto dos *vodúns* (PARÉS, 2007).

O presente estudo teve como referência a nação *Jeje Mahí*, e, para melhor compreensão, o candomblé da nação *Jeje Mahí* será entendido como “uma instituição religiosa que faz referência, respectivamente, a um grande tronco étnico dos povos oriundos da costa da África, os quais cultuam entidades espirituais denominadas *vodúns*” (PARÉS, 2007, p. 38). Ainda segundo o autor, historiadores revelam que os *gbé-falantes* (grupo com idioma *fon*), trazidos para o Brasil na época da escravidão, representavam um número significativo de habitantes

africanos no Recôncavo Baiano. Acredita-se, portanto, que a migração, a distribuição e a concentração desses grupos colaboraram para dar origem às ordens religiosas denominadas *Jeje* (PARÉS, 2007).

Aprofundando especificamente na nação *Jeje Mahí*, pode-se apontar que ela apresenta características próprias que a diferem de outras vertentes de candomblé, sendo uma delas os termos linguísticos do idioma “*fon*”, utilizado nas roças da etnia *Jeje Mahí*. Em Daomé, atual República do Benin, região de onde se originou parte dos grupos *Jeje*, em um pequeno espaço territorial podem ser encontrados vários idiomas, inclusive com variações lexicais. No entanto, o idioma *fon* é o mais falado entre as nações *Jeje* (CARVALHO, 2006).

Entre as particularidades dessa nação, podemos destacar também o rigor hierárquico da liderança, ou seja, o poder sacerdotal sobre os membros do *humkpame* (templo religioso, muitas vezes referido como terreiro, roça ou casa de santo), independentemente da função ou do cargo que ocupem. Conforme apontado por Santos (2018), o processo religioso do *Jeje* é marcado pela singularidade de seus rituais, o que pode ser observado na cidade de Cachoeira, Bahia, no *Humkpame Ayono Huntoloji*, fundado em 1950 por Luiza Franquelina da Rocha, conhecida como *Gaiaku*<sup>3</sup> Luiza. Esse *humkpame* mantém ativo rituais litúrgicos deixados pelos ancestrais, como o *zandró*, que, segundo Santos (2018), é uma cerimônia litúrgica conduzida sob o som de atabaques e canções litúrgicas entoadas pelas *vodunsis* (termo usado para se referir às pessoas iniciadas para um *vodún*, popularmente conhecido como feitas no santo, cabeça feita), e o *gbòitá*, cerimônia litúrgica seguida por uma celebração pública em louvor a *Vodún Gbéssèm*, *vodún* regente da nação *Jeje Mahí*.

O *zandró* e *gbòitá* são rituais característicos do segmento *Jeje Mahí*. Outra característica que se destaca é o fato de a nação *Jeje*, assim como outras nações do candomblé, ser uma religião que não utiliza documentos ou registros convencionais. Assim, a teologia, as tradições, os rituais e os costumes da religião são transmitidos oralmente e na vivência cotidiana, mediante a permissão da sacerdotisa ou do sacerdote da roça (SILVA JR., 2016). Os ensinamentos seguem padrões hierárquicos pautados em orientação ancestral, obedecendo ao tempo de iniciação (também conhecido como idade de santo) e ao cargo exercido no *humkpame*.

Partindo do pressuposto de que os indivíduos têm características linguísticas e culturais que os orientam na sociedade e para além da religião, e que o candomblé é a herança cultural de um povo, justifica-se a escolha da teoria das representações sociais para alicerçar a

---

<sup>3</sup> *Gaiaku*: termo para designar cargo de sacerdotisa no candomblé *Jeje*.

pesquisa. Essa teoria busca compreender como o conhecimento compartilhado, a identidade social e as normas entre grupos são construídos a partir da história sociocultural de uma sociedade (RUMMLER, 2007).

### **1.3 Tratamento religioso no candomblé e o processo saúde-doença**

O tratamento religioso do candomblé constitui um sistema de atendimento dotado de lógica ritualística interna, simbolismo e extenso significado para explicar concepções relativas à etiologia mística das doenças e às práticas de tratamento (MOTA; TRAD, 2011).

A assistência terapêutica tem o propósito de estimular a resiliência e tratar as moléstias consideradas de origem sobrenatural e orgânicas causadas por desequilíbrio de ordem espiritual. O tratamento a ser aplicado será de acordo com o problema apresentado, ou seja, diagnosticado, geralmente, por meio do jogo de búzios (BARROS; TEIXEIRA, 2000). O jogo de búzios é um sistema oracular divinatório utilizado pelos sacerdotes com a finalidade de identificar se o problema do indivíduo é de ordem física ou espiritual, e para orientar as condutas religiosas a serem adotadas.

Na tradição do candomblé, a saúde compreende a dimensão global do indivíduo, observada por eixos, a saber: saúde mental, saúde física e saúde espiritual (BARROS; TEIXEIRA, 2000; BARROZO, 2019). Cabe ressaltar que a organização dos eixos faz parte das primeiras menções de cuidados, sendo um recurso para compreender parte da dinâmica do corpo, ao pensar na importância do equilíbrio do corpo com a alma e do mundo físico com o mundo sobrenatural para ter saúde. Seguindo essa lógica, Barros e Teixeira (2000) defendem haver algo de material na alma, assim como qualquer coisa de espiritual no corpo. Os autores destacam que, no candomblé, corpo e alma se completam.

No que se refere às práticas de “tratamento religioso” da religião em pauta, em um espaço reservado na roça para esse fim (espaço geralmente destinado ao jogo dos búzios), ocorre a escuta ativa acolhedora, implicada em dar atenção, de modo a permitir que o indivíduo se sinta confortável, seguro e compreendido. Na sequência, inicia-se um diálogo com perguntas abertas que têm por finalidade promover vínculo e estimular a verbalização do assistido. Em seguimento, o consultor se coloca na condição de ouvinte, permitindo que o indivíduo expresse sua percepção sobre a doença e seu atual estado de saúde.

Após a escuta o indivíduo, passa-se a um aconselhamento, “prática” cujo objetivo é estimular reflexões quanto à necessidade de aceitar sua condição em face da realidade de seu estado de saúde ou doença, e quanto à importância da esperança e da fé como suporte para o enfrentamento das dificuldades, abordando tópicos que deem sentido a um projeto de vida. Nesse momento, são utilizadas expressões específicas, próprias da religião, em busca de atrair a compreensão e a serenidade do assistido. Em continuidade, o indivíduo é orientado e estimulado a realizar preces ou entoar cânticos religiosos. Tal prática é um dos artifícios utilizados para promover tranquilidade, trabalhar a esperança, atrair boas energias e dissipar energias ruins.

Diante da impossibilidade de cantar e fazer prece, ou da falta de desejo de fazê-los, recomenda-se meditar ou realizar algo que tenha interseção com a espiritualidade, com a filosofia de vida e que seja prazeroso. Essas práticas fazem parte de recursos terapêuticos, para proporcionar conforto e alento. As práticas prescritas seguem uma lógica ritualística, constituindo-se em um tratamento; logo, precisam ser seguidas com regularidade, ao acordar, solicitando proteção para o dia, ou antes de dormir, agradecendo a proteção recebida.

Vale esclarecer que os cânticos e as preces compreendem uma terapia que traz duplo benefício, ao passo que promovem uma sensação de tranquilidade, de modo a reduzir a ansiedade, bem como a estimular o exercício da fé. A prece é uma forma de comunicação direta com forças sobrenaturais superiores e representa um diálogo paternalista, em que o filho súplica e o pai ajuda; dito de outro modo, o necessitado solicita e o *vodún* (divindade com equivalência de pai ou mãe) ajuda. Ao suplicar ajuda e dividir a angústia de um tratamento de saúde ou infortúnio de uma doença com as divindades, por meio de preces intercessoras, o peso da luta solitária parece ser amenizado diante dessa relação mística, de modo a promover amparo e conforto (MOTA; TRAD, 2011). A prece é um tema crescente nos estudos, pois é uma técnica antiga bastante utilizada por diversas religiões e está frequentemente relacionada com discussões que proporcionam bem-estar, promoção de saúde mental, introspecção e espiritualidade (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

Os tratamentos realizados na roça de candomblé são vastos. Além dos já citados, colabora para o elenco de tratamentos e cuidados a utilização das plantas, isto é, as ervas sagradas usadas para os rituais, cada qual com sua finalidade e especificidade. As ervas são preparadas com conhecimentos da fitoterapia e da homeopatia popular, sendo utilizadas em forma de chá, unguento, elixir, xarope etc. e tendo por finalidade acalmar, tratar males físicos e sobrenaturais. As plantas têm uso amplo no candomblé, e sua utilização compreende banhos, ornamentação, preparo de rituais, prática de aromaterapia por meio da defumação, para promover a limpeza do corpo e do ambiente.

Na defumação, variados tipos de ervas, condimentos e outros elementos serão selecionados, e serão usados certos alimentos e bebidas, de ordem orgânica ou mística.

A seleção dos ingredientes será direcionada de acordo com o problema do indivíduo ou a finalidade litúrgica da roça. É importante mencionar que dietas também fazem parte do tratamento religioso. A dieta é prescrita de acordo com os problemas e procedimentos, podendo ter limitações.

Em relação aos tratamentos místicos, podemos citar o *ebó*, usado para limpeza e para atrair ou afastar diferentes energias, o qual será prescrito segundo a necessidade do indivíduo, visto a existência de diversas categorias de *ebó* (KILEUY; OXAGUIÃ, 2009). Além desse, há também o *borí*, ritual que busca ofertar energia, força, tranquilidade e paz, atraindo, assim, saúde física e espiritual (RABELO, 2010); o *obí*,<sup>4</sup> que é uma prática similar ao ritual do *borí*, porém com menos elementos, exigindo menos tempo de permanência na roça; e o ritual de iniciação, conhecido como recolhimento ou fazer o santo, que se refere ao período que o indivíduo passa pelos preceitos sagrados.

A iniciação tem como proposta o ressurgimento do ser humano, nascimento para mundo espiritual. Trata de interligar a vida física, do *aiyé* (mundo material ou Terra), à vida sagrada, do *orum* (mundo imaterial), promovendo, assim, uma união entre o mundo material e o sobrenatural. Essa aliança configura-se em respeito e obediência, transformação que acontece ao redor do ser humano, auxiliando na construção de uma vida física, mental e espiritual mais saudável (KILEUY; OXAGUIÃ, 2009).

As doenças podem estar associadas a problemas físicos ou à dimensão espiritual, sobrenatural, relacionada com o cumprimento de obrigações (rituais) ou com a necessidade de iniciação. Para o candomblé, a desarmonia entre a dimensão física e a espiritual propicia um estado de perda de energia e enfraquecimento, que se desdobra em fragilidade, com consequência no estado de saúde (MOTA; TRAD, 2011). A dedicação, o respeito, a disciplina, o amor e o discernimento serão responsáveis pelo bem-estar do iniciado no templo que a divindade escolheu para “morar”. Então, esse período deve ser bem aproveitado, para servir e aparar pequenas arestas e trazer axé (energia vital), que promove saúde espiritual, física, mental e bem-estar (KILEUY, OXAGUIÃ, 2009). Isso requer dizer que as tradições e as culturas podem exercer influência na QV dos adeptos do candomblé.

---

<sup>4</sup> *Obí* é um fruto utilizado em rituais do candomblé, também chamado de noz-de-cola. Seu nome científico é *Cola acuminata*. Muito usado em ritual de *orí*, *borí*, feitura de santo e jogo de *obí*.

#### 1.4 Qualidade de vida relacionada com a saúde e o tratamento religioso

Nos últimos anos, os estudos e pesquisas sobre QV vêm despertando interesse em diversas áreas e ganhando uma proporção expressiva na produção acadêmica e científica, dadas suas potencialidades. Nessa direção, observam-se estudos que abordam o bem-estar e a insuficiência de medidas objetivas de resultados, fazendo movimento para destacar a pertinência da assistência integral, considerando o estado psicológico e a importância de assistir os indivíduos em suas necessidades biopsicoespirituais.

Dessa forma, não apenas se valorizam as doenças orgânicas, mas também se permitem a incorporação e o desenvolvimento de práticas que colaborem para a QV (LOURES; PORTO, 2009). Embora discutida amplamente nos debates que envolvem as políticas de saúde, a assistência integral ainda é tímida na prática clínica, pois no tratamento oficial as concepções relacionadas com as crenças religiosas e os hábitos culturais dos pacientes não são consideradas. Cabe dizer que a maneira como o indivíduo se relaciona com o meio em que vive e como desenvolve as práticas cotidianas, bem como seus hábitos de vida e de crença religiosa, pode influenciar sua saúde e, conseqüentemente, a QV.

Por se tratar de um conceito complexo, a OMS definiu a QV como uma “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto da cultura e no sistema de valores no qual ele vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”, constituindo-se, dessa forma, um conceito subjetivo e multidimensional (THE WHOQOL GROUP, 1994).

Torna-se intuitivo observar que a realidade socioeconômica, a espiritualidade, a religiosidade, a crença em tratamento religioso e o ambiente sociocultural são questões que remetem à QV. Portanto, faz-se relevante, no campo das políticas públicas e dos serviços de saúde, planejar a assistência considerando as necessidades religiosas e espirituais dos indivíduos, praticantes das diversas religiões, inclusive as afro-brasileiras. Segundo Loures e Porto (2009), a medida da QV permite verificar resultados terapêuticos e desenvolvimento de tratamentos tradicionais e/ou complementares (LOURES; PORTO, 2009), dado que os indicadores valorizam a percepção dos indivíduos quanto à sua própria vida, à crença religiosa e à saúde (LOURES; PORTO, 2009).

Os templos afroreligiosos constituem-se em espaço de cuidados e de saberes em um cenário fecundo de discussões sobre os tratamentos religiosos para diversos fins, colocando em cena várias condições que se relacionam com a saúde (MANDARINO; GOMBERG, 2013).

Portanto, o desprendimento de preconceitos enraizados em conceitos hegemônicos, o olhar para as necessidades psicossociais, o conceito de QV para os adeptos e como eles se veem são fatores condicionantes que podem trazer influências na saúde, no trabalho, na relação social, na interação com o meio ambiente e nas perspectivas em relação ao futuro no que concerne a um melhor estado de saúde. Tal condição poderá trazer mudanças positivas na vida, em razão de uma visão de mundo própria do candomblé e que pode ser entendida como QV.

Ao se refletir sobre a definição ampla e subjetiva definida pela OMS para QV e sobre o significado desta para os religiosos do candomblé, torna-se relevante traçar um paralelo entre a definição de QV oficial e o significado empírico desta para a comunidade religiosa em questão, diante da observação de como é identificada, entendida e vivida a QV para os adeptos da religião. Conforme Sá (1998), a representação social de um objeto depende da forma como ele se apresenta, da utilidade desse conhecimento para os indivíduos, da intensidade e da quantidade de informação que os indivíduos acumularam sobre o objeto, e do interesse dos indivíduos acerca do objeto. Diante disso, entende-se ser possível navegar em uma travessia que desenhe a repercussão do tratamento religioso na QV, uma vez que, informações e conhecimentos veiculados sobre o tratamento religioso na comunidade guiam o indivíduo para experimentar comportamentos que o levem a desfrutar de melhor capacidade funcional, estado emocional, interação social, autocuidado e suporte familiar religioso. Por meio da interação social existente nas roças, os indivíduos são incentivados a desenvolver atividades de acordo com sua aptidão, com a perspectiva de resgate total ou parcial das atividades diárias. Cabe ainda dizer que o alívio dos males que lhes causam infortúnios, sejam eles de origem física ou sobrenatural, poderá lhes proporcionar a ressignificação no que diz respeito à sua vida cotidiana e à saúde (MANDARINO; GOMBERG, 2013).

O tratamento religioso, no candomblé, favorece a manutenção de boas relações dos indivíduos enfermos com as demais pessoas que os rodeiam, ao equilibrar o mundo interior e o mundo externo com o meio ambiente, teia inseparável entre o ser humano e a natureza, conduzida pelos rituais litúrgicos (MANDARINO; GOMBERG, 2013). Essa condição reflete no cuidado com a saúde, pois o indivíduo poderá experimentar a sensação de equilíbrio e paz consigo mesmo e com os outros, fato o que colabora para desencadear novos significados e mudança de comportamento, podendo-se desdobrar em QV, na visão dos adeptos.

É essa trança entre concepção empírica para a comunidade do candomblé e definição oficial de QV por parte da OMS que se pretende desenhar com as representações sociais do tratamento religioso, bem como desvelar os significados e efeitos desse tratamento na vida dos adeptos em face de sua visão de mundo.

Ao adentrar o sistema de tratamento religioso, os indivíduos podem experimentar e se deparar com uma série de mudanças que ampliarão sua visão sobre as causas da doença. Portanto, acredita-se que as novas concepções e o compartilhamento de saberes e conhecimentos poderão construir pensamentos que refletirão na visão de mundo e na vida cotidiana, permitindo reflexões sobre a relação entre “corpo/mente/divindade (*vódùn*)”, tecendo, dessa forma, uma escolha no que concerne às opções terapêuticas pautadas em perspectivas de cura, alívio e bem-estar (MANDARINO; GOMBERG, 2013).

Diante da filosofia dessa religião, o grupo religioso reafirma a solidariedade e as atividades em relação aos cuidados intra e extracomunidade, visando à saúde física e social de seus membros, enquanto sustenta instâncias representadas pela maneira como enxerga o mundo em termos de saúde e doença, vida e morte. O equilíbrio entre essas instâncias se faz necessário para a afirmação sobre a manutenção da saúde para o grupo (MANDARINO; GOMBERG, 2013).

Para os adeptos das religiões cuja crença encontra-se associada aos *vodúns*, o corpo é considerado a “morada dos *vodúns*”. O corpo, na visão desses religiosos, é detentor de uma lógica particular, que faz a conexão do mundo natural com o sobrenatural, ligação associada aos processos de socialização, práticas e saberes presentes no interior da religião que tratam da saúde física e mental. Logo, medeia mudanças no comportamento e nas atitudes que podem trazer repercussões na QV.

O processo de iniciação é uma forma de tratamento religioso, consistindo em recurso terapêutico cujo objetivo é auxiliar o indivíduo a lidar com suas fraquezas, dificuldades e mazelas, além de estimular a esperança e o enfrentamento para os altos e baixos da vida.

Reconhecer as “nuances” de apropriação da religiosidade no processo saúde-doença configura-se em reflexões que considerem as construções de pensamento que incorporem o discurso e a correlação do tratamento religioso com a QV, cabendo ser visto por outra lógica de compreensão do adoecimento e da QV. Trata-se de raciocínio diferente da lógica individualista, baseada em conceitos velados para definir QV. Tal fato implica um desafio para profissionais e estudiosos de saúde, pois exige que eles considerem o pensamento social da comunidade religiosa e o discurso sobre saberes culturais e tratamento religioso em uma compreensão menos individualista do processo saúde-doença, em que se baseiam as ações terapêuticas religiosas. São feitos cercados de significados, que tendem a repercutir no comportamento, nos hábitos cotidianos e na maneira de o sujeito se perceber na esfera social, no meio em que vive e em sua visão de mundo. Esses fatos conseqüentemente influenciarão sua QV.

A presente pesquisa apoia-se na definição da OMS para QV, que pode ser compreendida como um conjunto subjetivo de impressões que cada ser humano tem, que é resultado de diversos fatores externos e um processo que ele experimenta constantemente (PEDROSA, 2021). Portanto, para entender a repercussão do tratamento religioso, é preciso considerar o que é QV para os adeptos do candomblé.

Mandarino e Gomberg (2013) relatam em seu estudo que a percepção do indivíduo, de sua inserção na vida social e religiosa, em sintonia com sua visão de mundo, encoraja a autonomia para enfrentar os eventos adversos de saúde e sociais. Tal condição se dá pelos conhecimentos adquiridos, utilizando recursos naturais e sobrenaturais para tornar a vida dos indivíduos mais compreensível e passível de ser suportada. Os saberes compartilhados encorajam o desenvolvimento da autonomia para o alcance de seus objetivos e para minimizar suas preocupações, principalmente com as questões relativas à saúde, sem colocar em conflito o tratamento religioso com a prática oficial do modelo biomédico.

O estudo realizado por Holland *et al.* (1999) sobre a função da religiosidade e da crença espiritual no enfrentamento de enfermidades destacou que a fé religiosa e a espiritualidade contribuíram de forma ativa na construção de sentidos dos indivíduos. O exposto possibilita compreender que os conhecimentos, as crenças e os valores representados na memória e nas convicções religiosas fornecem significados e perspectivas que permitem acumular experiência para auxiliar no enfrentamento da doença (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008). Na perspectiva do autor, as experiências negativas, o medo e o desespero contribuem para a procura de mais cuidados de suporte. Os fatos apresentados talvez sejam as razões pelas quais os indivíduos buscam apoio e recursos nos tratamentos religiosos. Geralmente, os indivíduos anseiam por mais cuidados, utilizando práticas místicas ou não, com o intuito de alcançar um estado de bem-estar físico, mental e religioso-espiritual para atender às suas necessidades (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008).

Nesse sentido, podemos deduzir que as construções sociocognitivas desses indivíduos sobre o tratamento religioso, ainda que não tenham ação direta sobre uma enfermidade, podem, por meio das representações construídas em determinado universo religioso, apresentar potencial para desenvolver construções de sentidos, de modo a influenciar a forma como o indivíduo se vê, posiciona-se, entende ou aceita sua condição de saúde, e de como enfrenta as intercorrências de saúde, o que, conseqüentemente, mediará efeitos na QV. Isso porque a QV está implicada com condições multifatoriais e multidimensionais que envolvem desde o bem-estar físico, mental, funcional, psicológico e emocional a relacionamentos sociais, educação, lazer, entre outras causas que afetam a saúde.

Silva (2007, p. 177) expõe que “as religiões afro-brasileiras possuem um modelo de cuidado e atenção à saúde com repercussão na melhoria da QV dos adeptos e da comunidade do entorno”. As roças são dotadas de significados e simbolismo, que se correlacionam com o real de alternativas e de informação, educação e atendimento, na prática de cuidados com a saúde, entendido como relevante ferramenta para nortear o enfrentamento a várias doenças, bem como promover educação em saúde (SILVA, 2007).

Todavia, a assistência religioso-espiritual demanda a atenção daquele que cuida dos indivíduos. Logo, cabe entender suas necessidades e valores culturais no que diz respeito ao mundo espiritual e religioso, os quais são compostos por percepções, interpretações e crenças sobre a relação do sagrado com sua doença, que envolvem suposições e elementos afetivos (SAAD; MEDEIROS; PERES, 2020).

Diante da ampla definição de saúde da OMS, já pontuada em outras linhas, torna-se relevante destacar que o sofrimento religioso-espiritual pode desencadear a incapacidade de integrar significado e propósito à situação de saúde, gerando sentimentos negativos e comportamentos defensivos, inesperados pelo fato de se estar enfermo ou de não se saber lidar com a situação. Esse sofrimento pode ser derivado de necessidades especiais não satisfeitas, necessidade de maior atenção psicossocial, as quais têm potencial para impactar o estado de saúde. Nesse sentido, é intuitivo reconhecer que culturas, costumes e crenças religiosas afetam a interpretação das pessoas sobre o mundo, as experiências, os relacionamentos e os comportamentos, forjados pelos conhecimentos e compartilhados em uma comunidade.

Estudos de revisões sistemáticas têm confirmado quantitativamente que a religião é um fator de proteção (LARSON, 1986; LEVIN, 2008). Assim, pode-se partir do pressuposto de que, mediante a crença e os significados do tratamento religioso para o grupo e das concepções da comunidade religiosa, o indivíduo poderá construir pensamentos sobre o tratamento religioso que o induzirão a mudar seu comportamento em relação às práticas de saúde, à sociabilidade e à maneira de se observar no dia a dia.

Desse modo, pode-se compreender que elementos de representações serão produzidos pelas representações do objeto, isto é, do tratamento religioso, visto que as representações sintetizam significados que permitem interpretar, ordenar e classificar um objeto da mesma realidade, por conhecimentos adquiridos pela interação social e pelo compartilhamento de pensamento.

Diante do exposto, cabe-nos entender que, ao identificar valores, percepções e costumes, estes servem para direcionar os profissionais em saúde na condução e na orientação

do tratamento, bem como para permitir a implementação de propostas para ações de promoção e recuperação da saúde, e, dessa forma, assistir a população, considerando a diversidade sociocultural e suas necessidades em saúde (OLIVEIRA, 2018). Assim, contribui-se para o refinamento da assistência de enfermagem, seja na Atenção Básica, seja na hospitalar, ao chamar a atenção para as dimensões do cuidado, tanto no aspecto biológico quanto no de natureza espiritual e religiosa (PANZINI; BANDEIRA, 2007), tendo em vista a enfermagem desempenhar atividade importante na avaliação da QV e estar implicada em sua promoção.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Teorias das representações sociais: aspectos teóricos

A teoria das representações sociais (TRS) foi defendida por Serge Moscovici em 1961 e difundida com o lançamento de sua obra seminal, *La psychanalyse, son image et son public*, no Brasil traduzida com o título *Representações sociais*, obra originada de uma pesquisa desenvolvida na França sobre as representações sociais da psicanálise na sociedade francesa, a qual foi divulgada em veículo de comunicação da época (ROCHA, 2014). A TRS vem se propagando com expressiva produção literária no âmbito acadêmico e tem abordado estudos em áreas diversas, como ciências humanas, saúde, educação, entre outras (FERREIRA *et al.*, 2013). Nesse sentido, relata Sá (1998) que as representações sociais encontraram campo fértil no Brasil, ao serem aplicadas nas disciplinas de psicologia social, enfermagem, educação e serviço social, de modo a contribuir com pesquisas consistentes das representações sociais construídas no universo consensual para serem estudadas no universo reificado.

O início da TRS está associado à sociologia de Émile Durkheim (MOSCOVICI, 2003; SÁ, 1998). Anterior à TRS, a representação coletiva expressava as ideias de Durkheim, que seriam eventos sociais compostos de fatos e resultados da compreensão comunitária, não podendo ser explicados a partir do ponto de vista da cognição individual (MOSCOVICI, 1978, 2003; RATEAU *et al.*, 2012). Ele defendia que as representações coletivas eram resultado de eventos sociais (RATEAU *et al.*, 2012).

As representações coletivas de Durkheim voltavam-se para fenômenos inerentes à sociedade, como a religião, o mito, ciência etc., enquanto a TRS considera as experiências individuais e coletivas. A representação social baseia-se no modo como os indivíduos identificam, interpretam e respondem a determinado assunto a partir de estímulos afetivos cercados de tensão, subjetividade e objetividade, diante de um fenômeno ou contexto histórico e social nos quais estejam envolvidos (BARROZO, 2019; GOMES, 2015).

Diante disso, acredita-se que Moscovici buscava quebrar o paradigma individualista da psicologia social tradicional e enfatizar a importância da psicologia social coletiva, ao insistir “sobre a especificidade dos fenômenos representativos nas sociedades contemporâneas, caracterizadas por: intensidade e fluidez das trocas e comunicações, desenvolvimento da ciência, pluralidade e mobilidades sociais” (JODELET, 2001, p. 22).

Mediante o exposto, entende-se que as representações sociais são fenômenos presentes na vida diária de indivíduos e membros de um grupo, sendo fatos construídos e compartilhados pela coletividade (GOMES, 2013; MOSCOVICI, 2003). Nessa direção, Gomes (2015) sublinha que a relação estabelecida entre os aspectos individual e social pelo indivíduo é a sustentação teórica, princípio da representação social. Dito de outro modo, é quando o indivíduo internaliza o que é externo e social por meio da apropriação da realidade social.

As representações sociais permitem identificar conhecimentos construídos, comportamentos e grupos de pertença, por meio dos conceitos de relação, significados, valores simbólicos e dimensões culturais e históricas dos membros de um grupo, mediante a visão consensual do meio em que vivem, isto é, do mundo à sua volta (BARROZO, 2019; MOSCOVICI, 2003), como as roças de candomblé, com seus valores e significados simbólicos próprios, que orientam comportamentos, cuidados, tratamentos e atitudes. Segundo Jodelet (2001, p. 21), a diversidade de significados das representações identifica indivíduos ou grupos “que as forjam e dão uma definição específica ao objeto por elas representado”.

Conceituar representações sociais é algo complexo. Isso se deve à sua característica híbrida e abrangente (MARQUES *et al.*, 2004; WOLTER, 2018), tanto que Sá (2002, p. 30) dirá que “Moscovici sempre resistiu a apresentar uma definição precisa das representações sociais por julgar que uma tentativa nesse sentido poderia acabar resultando na redução do seu alcance conceitual”. O autor ainda reforça, com a fala de Moscovici (1976, p. 39 apud SÁ, 2002, p. 30), que, “se a realidade das representações sociais é fácil de captar, o conceito não o é”. No entanto, visto seu amplo campo de atuação para melhor compreensão, interessa aqui ressaltar algumas definições propostas pela teoria original e pelas três correntes teóricas complementares.

Para Serge Moscovici (1978), as representações sociais são conceitos, proposições e explicações elaborados no cotidiano dos indivíduos no contexto social relacionados com mitos e crenças das sociedades tradicionais; podem também ser entendidas como a versão contemporânea do senso comum.

Jodelet (2001, p. 22) define a representação social como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Willem Doise (1990, p. 125 apud SÁ, 2002, p. 33) refere que “representações sociais são princípios geradores de tomadas de posição ligadas a inserções específicas em um

conjunto de relações sociais e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessa relação”.

Abric define que representação social é

Uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através do seu próprio sistema de referências; permitindo assim ao indivíduo de se adaptar e de encontrar um lugar nesta realidade. (ABRIC, 1998, p. 28).

Ainda sobre a TRS, cabe destacar que, a partir da grande teoria proposta por Moscovici, surgiram três correntes teóricas, cada qual com sua respectiva abordagem. A primeira é a abordagem processual, liderada por Denise Jodelet, mais fiel à teoria original, apoiada na perspectiva etnográfica. Dá ênfase ao processo histórico e ao processo de ancoragem e objetivação, analisando dados de natureza qualitativa constituída de viés antropológico. A segunda é a abordagem societal, delineada por Willen Doise, que, embora se fundamente na teoria original, tem perspectiva sociológica, analisando dados de natureza qualiquantitativa e buscando articular explicações de ordem individual e coletiva. A terceira, chamada de abordagem estrutural, também conhecida como teoria do núcleo central, é representada por Jean-Claude Abric e analisa dados quantitativos e comparativos das representações, enfatizando aspectos das dimensões cognitivas com dados qualitativos (FERREIRA *et al.*, 2013; ZALFA; ESPÍRITO-SANTO; ASSIS, 2020).

Interessa destacar que a primeira (abordagem processual) e a terceira (abordagem estrutural) foram selecionadas para alicerçar o presente estudo porque a abordagem processual se apropria de aspectos antropológicos e etnográficos, favorecendo uma compreensão profunda da representação do objeto de estudo, enquanto a abordagem estrutural enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações sociais, pois o objeto de estudo se volta para questões históricas que envolvem ancoragem e objetivação, bem como construções cognitivas e comparativas das representações que fazem parte da memória coletiva.

Cabe dizer que as abordagens selecionadas possibilitam o estudo diante da complexidade apresentada pelo objeto de estudo, que envolve concepções, identidade e contextos socioculturais e históricos com expressivos significados. Conforme Moscovici (1978), a representação social permite descrever e explicar fenômenos da realidade construídos pelo senso comum e os significados que orientam o comportamento dos indivíduos e a comunicação de diversos atores sociais.

Ainda discorrendo sobre as abordagens a serem utilizadas no que concerne à ancoragem e à objetivação, cabe dizer que transformar objetos desconhecidos em familiares é

tarefa complexa. Para tanto, dois mecanismos são necessários para compreender os fenômenos representacionais de ancoragem e objetivação (MOSCOVICI, 1978).

Ancorar significa classificar, categorizar e nomear algo, sendo um processo de assimilação de informações novas relacionadas com um conteúdo preexistente, referindo-se ao enraizamento social. É a memória em movimento, é tornar o que é desconhecido conhecido, familiar (MOSCOVICI, 1978). Já a objetivação consiste na transformação de um conceito ou de uma ideia em algo tangível, sendo a reprodução de um conceito em uma imagem significativa. Extrai conceitos e imagens para uni-los e reproduzi-los externamente (MOSCOVICI, 1978).

A abordagem processual, segundo Sá, delineada e organizada por Denise Jodelet, é considerada a mais próxima da teoria original proposta por Moscovici, pois defende que representação social “é uma forma de conhecimento prático em que o sujeito está ligado ao objeto” (SÁ, 1998, p. 32). Esses sujeitos vivem sua realidade de acordo com um sistema de valores próprios e padrões sociais do ambiente em que vivem. No que concerne ao objeto de pesquisa dessa abordagem, a representação encontra-se na simbolização ou na interpretação (SÁ, 2002). Essa abordagem busca foco no discurso e considera a conexão entre a cultura e a dimensão social do grupo, pois dá ênfase às construções mentais coletivas. Dessa forma, essa abordagem torna-se oportuna para estudos que buscam evidenciar cultura e história com suas características, sejam elas institucionais, organizacionais ou regionais (SÁ, 1998).

Sobre a abordagem estrutural, destaca-se que sua principal teoria é a do núcleo central, que apresenta um duplo sistema, formado por dois tipos de elementos: um núcleo central e um sistema periférico. O núcleo é composto por uma reunião de elementos fortemente compartilhados pelo grupo, que se organiza de maneira específica e define a representação social (WOLTER, 2018). O sistema periférico compreende a maioria dos elementos da representação, os quais têm natureza condicional e caráter mais flexível e prático, adaptando a representação às experiências cotidianas (SÁ, 1996). Nesse sentido, cabe dizer que uma representação é baseada em um conjunto de elementos sociais e cognitivos específicos, organizados e estruturados, compostos por informações, crenças, condutas e opiniões sobre determinado fato da realidade social (ABRIC, 1998).

Diante disso, compreende-se que as representações sociais são a relação que o sujeito mantém com o objeto, conexão que serve de guia para comportamentos, condutas e práticas, de modo a possibilitar a interpretação e a compreensão da realidade por meio de suas próprias referências, permitindo ao indivíduo adaptar-se ao meio.

Por fim, a TRS, em suas abordagens processual e estrutural, mostra-se oportuna para nortear o presente estudo. Todavia, as representações sociais desempenham uma importante

função entre a comunicação e a ideologia, fornecendo, por meio da comunicação, uma explicação para a dinâmica das relações com a interação social e a construção da identidade (GOMES, 2015).

## **2.2 O ser humano: perspectivas históricas e paradigmas**

A saúde física e mental, do corpo e da alma, desde há muito desperta o interesse dos estudiosos do assunto, principalmente em função dos diversos pontos de vista filosóficos e psicológicos que marcam o ser humano e a condição de saúde nas diferentes etapas da vida, incluindo controvérsias e particularidades. O conceito de saúde da OMS traz inúmeras discussões no âmbito da saúde e em outras áreas, despertando relevantes reflexões ao pensar em um ser biopsicossocial. Diante disso, neste tópico será realizada uma abordagem, de forma sucinta, da trajetória do ser humano por algumas épocas históricas, e dentro desse pensamento pretende-se despontar o entendimento de ser humano utilizado no presente estudo.

A trajetória da saúde e da doença pode ser dividida em alguns paradigmas, começando com a visão mágico-religiosa da Antiguidade até o modelo biomédico e biopsicossocial. Em uma perspectiva histórica, a forma como o ser humano foi concebido em sua trajetória e desenvolvimento, assim como sua pluralidade diante de algumas correntes filosóficas, é instigante.

### **2.2.1 A mitologia e o ser humano racional segundo o pensamento filosófico entre os antigos**

Segundo Freitas (2010), a filosofia é uma ciência que segue um raciocínio metódico. Portanto, compreender o pensamento filosófico como disciplina sistemática significa dizer que as indagações são planejadas, e não aleatórias, seguindo um conjunto de ideias que podem ser demonstradas com argumentos válidos sujeitos a críticas. A filosofia iniciou-se com o questionamento da essência das coisas, visto que os filósofos buscam explicação para o surgimento do Universo, da vida e de um princípio que desse identidade aos seres (BARROS, 2002; FREITAS, 2010). Os seres humanos, os animais e os vegetais passam por modificações e diferem um dos outros, mas, apesar de poderem sofrer alterações, continuam sendo o que

são. Essa essência que mantém cada ser vivo, que os transforma e os mantém sendo o que são, foi objeto de estudo da filosofia (FREITAS, 2010). No período grego antigo, o conhecimento filosófico se referia a todo entendimento racional elaborado pelo ser humano.

Gradativamente, os filósofos passaram a se concentrar no ser humano. Muitos elementos que a humanidade pensa que define o homem não eram considerados antigamente. O inconsciente não era mencionado pelos filósofos, o que mostra que a maneira como o ser humano se entende muda ao longo da história. A filosofia nunca chegou a uma teoria que pudesse, de forma definitiva, responder quem é o ser humano. No entanto, mesmo com o decorrer do tempo, a filosofia permanece com questionamentos: O quê? Por quê? Como? (FREITAS, 2010). Dessa forma, percebe-se que, com sua particularidade, concentra-se em identificar a essência dos seres humanos e em buscar respostas para o campo da ética, justiça, estética, política e outros.

A filosofia surge por volta do século VII a.C. em face da necessidade de os gregos refletirem sobre a realidade e adquirir conhecimentos racionais para quebrar mitos (RIOS *et al.*, 2007). Antes mesmo de o homem grego questionar a realidade de forma lógica, ele encontrou diversas explicações para o mundo em que habitava. Os mitos, de certa forma, mesmo sem usar conceitos racionais, respondiam a diversas dúvidas humanas. Dessa forma, o homem, primeiramente, pensou-se por meio dos mitos (RIOS *et al.*, 2007). Sua existência foi explicada com forças divinas e personagens religiosos; assim, o homem grego via sentido na vida e lidava mais confortavelmente com seu cotidiano (FREITAS, 2010).

O mito da fábula de Hígino deu aos romanos uma ideia do homem e de seu propósito. Seus personagens são análogos a outros personagens da cultura grega antiga. Segundo o mito, o homem é criado a partir de barro (terra), para indicar sua fragilidade, instabilidade e mortalidade. Logo, sendo de barro, deve cuidar de si mesmo e procurar maneiras que fortaleçam seu estado frágil. Contudo, Deus presenteou o ser humano com o espírito, um elemento divino, o que lhe permite viver na condição mortal. A fragilidade da vida é uma ameaça constante; logo, é preciso ter cuidado e se cuidar para viver. Os gregos, na época de Sócrates, questionavam: a lógica e a essência do ser humano; a diferença entre os seres humanos e os objetos, os seres do mundo e os deuses; e o que fazia o ser humano ser quem ele é. Para Freitas (2010), Sócrates e Platão (427-347 a.C.) enxergaram que a essência (alma) do ser era um elemento que, se retirado, destruiria sua natureza. Nesse sentido, Andrade (2016) infere que, segundo a concepção platônica, o espírito torna o homem partícipe da infinitude, e, dessa forma, o espírito que o habita age como mediador entre a infinitude e ele.

Nesse sentido, Freitas (2010) admite que, com o pensamento platônico, os gregos antigos entendiam que o mundo tem uma dimensão transitória e outra permanente, e o homem, sendo um ser do mundo, também tem essas duas dimensões. Assim, para a filosofia de Platão, o corpo era uma dimensão temporária do homem, e, por meio dos órgãos dos sentidos, as coisas do mundo revelam sua transitoriedade.

Nesse aspecto, o corpo se relaciona com a dimensão transitória do mundo captada por suas representações. Reforça Andrade (2016) que, de acordo com Platão, o ser humano não era composto apenas pelo corpo, havendo em sua essência algo que não era passageiro, defendendo, dessa forma, a existência da alma. Assim, era concebido que a alma estava no corpo, mas não se confundia com ele, pois, nessa concepção, a alma conhece a realidade permanente, enquanto o corpo capta os seres transitórios pelos sentidos.

Nesse ponto, é possível notar que a ideia de espírito transcende os limites da compreensão humana, visto o homem ter uma dimensão espiritual que o conecta à matéria; portanto, entende-se que o ser humano é um ser composto de matéria e espírito (ANDRADE, 2016). De forma sintética, a reflexão sobre a condição humana sustentada em Platão afirma que o que diferencia o ser humano de outros seres é a composição corpo, alma e razão. Ainda nessa concepção, quanto mais o homem vive pelo intelecto e se liberta dos sentidos, mais ele se diferencia dos animais (OLIVEIRA, 2012).

Dito de outra forma, a capacidade de ter um propósito é o que torna o ser humano diferente. Conforme Oliveira (2012), embora existam outros atributos que podem ser considerados parte do ser humano, como corpo/espírito, a concentração voltou-se para a razão e a finalidade (ANDRADE, 2016). Assim, o homem era diferenciado pelos gregos antigos, pois a racionalidade era algo superior, que o diferenciava dos outros animais.

### 2.2.2 O ser humano medieval: o homem como representação e semelhança de Deus

A Idade Média compreende o período entre o final da Grécia Antiga e o Renascimento, por volta do século XV, abraçando o início da Renascença e a grande navegação, após a queda do Império Romano do Ocidente. A Idade Média foi um dos momentos em que a sociedade europeia enfrentou uma grande falta de mobilidade social. Existia diferença significativa entre nobres e camponeses, além da forte presença do clero (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

O homem medieval não via o ser humano apenas como um animal racional, porque era essencialmente religioso. No período medieval, o homem cristão não pensava somente no ser humano pela razão. Ao contrário do defendido pelos gregos e romanos antigos, o conhecimento recebido de Deus torna-se superior ao conhecimento racional. O cristianismo, embora guiado por escrituras sagradas, na Idade Média foi também influenciado pelas concepções filosóficas gregas, que ainda exercem influência na contemporaneidade (FREITAS, 2010). A sociedade medieval estava envolvida em conflitos ligados à imagem de Deus e do homem, e a tudo aquilo que dizia respeito à vida cotidiana (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Nas religiões com influência cristã, fala-se da vida após a morte e diz-se que a alma é imortal, e o corpo, mortal, pensamento partilhado pelas tradições cristãs que surgiu no cristianismo por influência do pensamento grego antigo. Nesse aspecto, Souza, Silva e Oliveira (2014) atestam que, para Aristóteles, o corpo só tem significado se estiver unido à alma, sem a qual não há como o organismo interagir com o mundo. No contexto medieval, a doença do corpo era vista pelo homem como um sofrimento que faz parte da vida. Assim, designava-se a representação do corpo como aquilo que acumulava os pecados, tendo os padres como os curadores da alma.

As moléstias e a dor do corpo, na era medieval, eram consideradas presentes, sendo esse período abalado por grandes epidemias, o que trouxe uma nova história para o corpo do ser humano. As doenças que surgiram na Idade Média trouxeram grandes angústias, fazendo com que o corpo humano expressasse a dor pelos pecados cometidos. As doenças eram, sobretudo, representações de problemas espirituais, e o corpo sofria as consequências dessa dor. Na concepção dos medievais, quanto mais tempo o corpo doente permanecesse, mais o espírito seria purificado (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Isso possibilita dizer que o cristianismo medieval usou a filosofia e a teologia para pensar a natureza humana, o que resultou na criação de uma ideia única sobre o ser humano e na compreensão do homem medieval sobre a essência humana. Assim, é presumido que a essência de Deus estava presente, de alguma forma, no ser humano. Nesse sentido, pode-se dizer que o homem medieval concebia Deus como o elemento principal em volta do qual a vida humana girava.

Portanto, entende-se que, ao se dizer que o homem é “imagem e semelhança de Deus”, não significava ser parecido com Deus, mas ser capaz de se relacionar com Deus e procurar Nele o sentido da vida humana. Nesse aspecto, Freitas (2010) descreve que, na perspectiva cristã, as virtudes consideradas mais elevadas derivam e apontam para Deus como objetivo

final. Os princípios da ética cristã são considerados leis absolutas e incondicionais, por serem divinos, e, em vista disso, o pensamento cristão difere do grego, pois se afasta da ideia de perfeição através da razão, sendo pensado como uma relação subjetiva entre um indivíduo e Deus.

O homem encontrava em Deus socorro, alegria, força, paz, perdão, salvação e amor, o que demandava ter fé, pois sem Deus o ser humano não seria ninguém. O homem medieval percebeu ser dependente de Deus, pois somente Ele era o senhor da criação (STORCK, 2016). Dessa forma, o homem concebia o ser humano como uma criação divina. A fé deveria ser mais do que a razão para o homem medieval, pois conduzia o ser humano a um nível mais elevado, a uma dimensão que a razão não era capaz de alcançar.

Durante toda a Idade Média, a fé esteve presente e orientava a razão; não era apenas o conhecimento de coisas sobrenaturais; o homem vivia pela fé, e esta norteava a vida humana. A razão humana deveria favorecer a fé, e esta deveria guiar o homem a servir a Deus. Dessa forma, o ser humano assumiria sua essência de imagem e semelhança de Deus. Segundo Comparin e Schneider (2004), a Idade Média foi marcada por muitas crises, uma transição na história.

As concepções do corpo humano eram baseadas em Platão, mas adaptadas ao cristianismo. O corpo era considerado inferior, mas ainda assim foi criado por Deus, o que o tornava sagrado, inacessível e intocável. Naqueles tempos, acreditava-se que o corpo era um símbolo do pecado e da deterioração. Assim, muitas das calamidades que ocorriam eram atribuídas à falta de purificação do corpo. Esse período é conhecido pelas torturas que os seres humanos infligiam a seus corpos, como forma de purificação.

### 2.2.3 O ser humano: o homem é o centro do universo na Idade Moderna

A Modernidade, com uma visão de mundo formada a partir da contribuição da filosofia e das novas ciências, é uma era que rompe com diversos elementos do pensamento antigo e medieval, afirmando-se pela negação. O homem contemporâneo começa a enxergar o ser humano de uma forma diferente, mediante reflexões que terão como foco uma nova perspectiva do homem e da natureza, o que vai solidificar o humanismo e dar um empurrão para a ciência moderna na Itália, no final do século XIV, época do Renascimento (CERVO, 2016; RIOS *et al.*, 2007).

A cada dia, o homem medieval pensaria cada vez mais no ser humano como um indivíduo independente. O homem moderno começa a se considerar o centro do Universo, a se importar com os atributos humanos, suas realizações, e a valorizar o ser humano acima de qualquer coisa (STORCK, 2016). Ainda segundo o referido autor, a tradição humanista, nesse período, atingiu sua maior expressão teórica nos teólogos do século XIII, notadamente na obra de Tomás de Aquino.

A Idade Moderna foi a época de vários acontecimentos históricos, inúmeras revoluções: Revolução Científica, Revolução Francesa, Revolução Industrial. A ciência moderna é o legado da racionalização, que começou no Renascimento e confirmou-se com a Revolução Científica no século XVII (RIOS *et al.*, 2007). Apenas a partir do Renascimento e da Idade Moderna o corpo começa a ser percebido sob outra perspectiva, não mais como inferior e sagrado, mas como objeto físico e biológico, passível de investigação científica, o que favorece o surgimento das ciências que o estudam.

Dessa forma, volta-se à dicotomia, mas, dessa vez, sob uma perspectiva diferente da de Platão, não mais como corpo-alma, mas, sim, como corpo-objeto. Dúvidas sobre o corpo e o espírito surgem nesse período, já que o corpo físico é objeto da ciência, mas está sujeito às leis da natureza, sem a escolha de seu destino. Segundo a visão daquele tempo, corpo físico e corpo espiritual não interagem, pois o pensamento da época não permitia que os homens enxergassem essa relação (COMPARIN; SCHNEIDER, 2004).

Na Modernidade, o ser humano não é o animal racional grego, mas também não é a criatura de Deus dos medievais — o ser humano torna-se sujeito. Para os medievais, a pedra, Deus, os anjos, todos eles eram sujeitos, assim como o ser humano. Sujeito era uma dimensão presente em todos os seres. Mas, para os modernos, sujeito é um termo que se aplica somente ao ser humano.

A religião, desde sempre, buscou oferecer às pessoas a segurança que elas procuravam, ligando todos os fenômenos a Deus, à criação divina. Após as dúvidas levantadas por Descartes, a religião permaneceu divulgando suas ideias, mas o espaço que as concepções da Igreja ocupavam tornou-se menos importante na vida das pessoas. Descartes, por muito tempo, conviveu com o pensamento de que não se pode ter plena certeza de nada, pois tudo o que é aprendido é baseado nas percepções sensoriais. A certeza, portanto, pode ser ilusória, até que descobriu que não poderia questionar a própria existência. Afinal, quem é capaz de pensar e duvidar de algo existe. Assim, surgiu a frase célebre do filósofo: “Penso, logo existo” (COMPARIN; SCHNEIDER, 2004).

A frase resume o sentimento da Modernidade, e, por meio dela, é possível compreender por que o homem contemporâneo pensa o ser humano como sujeito. Descartes questionava o conhecimento da tradição filosófica. Naquele momento, a ciência moderna estava surgindo, mas ainda não se sabia como fundamentar essa área de estudo de forma teórica. Dessa maneira, Descartes questiona tudo e segue em direção a um tipo de conhecimento que não possa ser questionado. Porém, também podemos pensar que estamos constantemente pensando em algo que seja apenas uma ilusão, mas, ainda que enganados, não se pode negar a existência humana. Descartes estimula o raciocínio de que o ser humano conseguia pensar e compreender fenômenos naturais sem depender das explicações sobrenaturais. Desse modo, surge a racionalidade moderna (COMPARIN; SCHNEIDER, 2004).

Quando nos consideramos sujeitos, o que é evidente para a razão humana pode ser verdadeiro. Sendo considerado um sujeito, o homem, por meio da razão, consegue ter controle sobre a realidade, composta por objetos. Desenvolve as ciências para controlar objetos, usar as suas energias e servir o ser humano, e cria a técnica para os homens transformarem a natureza. A técnica e a ciência permitem que o homem moderno se torne o centro do Universo.

As concepções sobre o ser humano como corpo têm uma longa história de reflexões que navegam ao longo dos tempos, com discussões que nunca foram isoladas. O corpo é a representação física e espiritual da vida humana, indispensável para a existência do ser humano. Tem relação com as áreas psicológica, sociológica, teológica e com outras (BAPTISTA; VILARINHO NETO, 2014). No entanto, na Idade Moderna, ocorrem debates constantes em razão de diferentes paradigmas epistemológicos.

Descartes será um ponto de partida nesse debate, sendo uma autoridade até hoje ao pensar o corpo. O filósofo debatia formas de evitar erros decorrentes da percepção dos sentidos e ao mesmo tempo compreendia a essência do espírito e do corpo. Ele pensava que a alma humana não morria com o corpo. Em razão de a alma ser imortal, era mais importante que o corpo, que nada mais era do que uma máquina, na concepção de Descartes.

Em certo momento, ele comparou o funcionamento dos órgãos ao de um relógio de contrapesos e rodas. Descartes não achava estranho que, sabendo da variedade de máquinas que os humanos conseguiam fazer, com poucas peças em relação ao grande número de órgãos e sistemas do corpo de cada animal, interpretasse esse corpo como uma máquina, criada por Deus, que é incomparavelmente mais bem organizada e tem movimentos mais apreciáveis do

que qualquer um que os homens pudessem inventar (BAPTISTA; VILARINHO NETO, 2014).

O pensamento de Descartes do corpo como máquina influencia algumas percepções, tendo em vista a teoria estudar os seres vivos separando suas partes constituintes, em que cada parte é examinada separadamente, e cada uma tem determinada função observável (BARROS, 2002). Conforme Baptista e Vilarinho Neto (2014), a primeira é a mão divina, criando tudo, o que é parecido com a supremacia da alma de Platão e Santo Agostinho.

Em segundo, o corpo material, sendo perecível, pode ser estudado pelas ciências, inclusive mecânicas, pois é uma máquina com muitas peças. Como Descartes, Isaac Newton desenvolveu teorias matemáticas que reforçaram a ideia cartesiana do corpo e do mundo como uma grande máquina a ser explorada (BARROS, 2002). A mecânica newtoniana permitiu explicar fenômenos do cotidiano, assim como a medicina mecanicista forneceu instrumentos para médicos lidarem com doenças comuns de forma mais satisfatória (BARROS, 2002). Descartes é importante para o racionalismo científico e para a concepção de corpo como máquina. Com Isaac Newton, Descartes influenciou o pensamento positivista, sobretudo nas ciências biológicas — modelo biomédico que atravessa a atualidade (BAPTISTA; VILARINHO NETO, 2014; BARROS, 2002).

Cabe ressaltar que o modelo mecanicista foi questionado pelo modelo biomédico (modelo recorrente de diagnóstico de doenças que é individualista, curativo, centrado no médico especialista, fragmentado e hospitalocêntrico), quando surgiu a necessidade de outras teorias para explicar fenômenos do campo da física e da química, como eletromagnetismo (Faraday e Maxwell), teorias quânticas (Max Plank), teoria da relatividade (Einstein) ou da evolução (Jean B. Lamarck e Charles Darwin) (BARROS, 2002).

#### 2.2.4 O ser humano no contexto biopsicossocial

O ser humano é objeto de análise em diferentes áreas científicas, tais como saúde, humanas, exatas e sociais. Os profissionais de saúde, provavelmente em razão da formação acadêmica, conseguem enxergar o ser humano apenas como um objeto biológico e psicológico. No entanto, é difícil percebê-lo como um objeto social e enxergar as relações que intervêm na vida cotidiana que influenciam sua saúde. Isso favorece uma postura de descaso com o profissional e com os pacientes psicossocialmente (DE MARCO, 2006).

O ser humano pode ser percebido sob diferentes ângulos (DE MARCO, 2006), diante da complexidade e da integralidade do ser. A partir dessa complexidade, é pertinente abordar algumas reflexões sobre a concepção do ser humano biopsicossocial. Na filosofia moderna, o homem é concebido a partir da natureza: cria valores, hábitos, pensa em si mesmo, define-se como sujeito autônomo, submetendo a natureza a seu serviço. Já na era contemporânea, o homem está ligado à natureza.

Vale ressaltar que os elementos que diferenciam o ser humano dos outros animais são, basicamente: a linguagem, a capacidade de pensar de forma organizada, a vida em sociedade e a inserção no mundo atual, fruto do passado. Trata-se de um caminho a ser percorrido pelos profissionais da saúde, ao lidarem com os seres humanos e seus aspectos subjetivos (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011), com o objetivo de compreender o indivíduo em suas diversas esferas, uma vez que a OMS defende que saúde não é simplesmente a ausência de enfermidades e que a QV está condicionada à percepção do indivíduo sobre si mesmo. É importante considerar que os seres humanos são compostos de elementos físicos, mentais, sociais e espirituais e têm necessidades básicas, que podem ser satisfeitas por diferentes estilos de vida (CASTANEDA, 2019).

Avanços na relação entre a antropologia, a ciência e a saúde têm sido ampliados na construção de trabalhos na área da saúde, influenciando dessa forma diferentes perspectivas, que sugerem pesquisas com discursos sobre o processo saúde-doença, fundamentadas em fatores biológicos, sociológicos, econômicos, cognitivos, ambientais e culturais (CASTANEDA, 2019). Trata-se de uma abordagem de cultura baseada em conceitos simbólicos que permitem a reflexão e uma perspectiva mais ampla de ver o indivíduo na totalidade, o que implica observar um processo social que expressa a QV como uma condição de existência cotidiana (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). Portanto, são necessárias várias abordagens para diferenciar o estado de saúde do ser humano ou de uma população, diante da complexidade, da atenção fragmentada e limitada da biomedicina (BELLAGUARDA, 2011). Soma-se a isso a dificuldade de atender a uma nova solicitação, como a abordagem da funcionalidade e incapacidade humana baseada no modelo biopsicossocial, voltado às necessidades reais dos indivíduos (CASTANEDA, 2019).

Desde que nasce, o ser humano está inserido em uma sociedade com valores, língua, tradições. A existência humana é pautada por questionamentos que requerem respostas, os quais devem ser considerados de acordo com sua hierarquia de importância e urgência, como referido por Abraham Maslow na teoria da motivação humana. Para Maslow, a motivação humana é um processo mental e cognitivo que impulsiona a ação do homem em busca da

satisfação de necessidades biopsicossociais (SANTOS; SOUZA NETO, 2021). Esses fatores revelam a existência de uma realidade objetiva e de uma realidade subjetiva, ao tentar converter “o que é” em “o que deve ser”.

O homem sofre alterações biológicas: morfológicas (características do envelhecimento), fisiológicas (funções orgânicas) e bioquímicas (reações químicas no organismo). Diante das alterações psicológicas que ocorrem com o passar dos anos, o ser humano precisa se ajustar cotidianamente a cada nova situação e às relações sociais, que são modificadas pela diminuição da produtividade e, sobretudo, do poder físico e financeiro.

Nesse contexto, Santos e Souza Neto (2021) ressaltam que há uma ligação direta entre motivação e satisfação — as quais são elementos fundamentais para a saúde e para QV, inclusive no trabalho. O autor também defende que a satisfação com o trabalho é uma avaliação positiva do indivíduo sobre sua atividade ou a concretização de seus ideais, representando um sentimento positivo de bem-estar. Assim, deve-se ter a consciência de que cada pessoa é um ser humano único, que deve ser analisado de uma perspectiva global, considerando todos os seus aspectos.

A somatização é um problema que requer ações adequadas. O processo que resulta nas doenças psicossomáticas deve ser compreendido, para que sejam tomadas as melhores decisões de intervenções terapêuticas. Por vezes, o que parece ser sintomas de uma moléstia provocada por uma infecção pode ser o alerta de uma doença psicossomática. Segundo Engel (1977), muitas doenças têm origem emocional ou pioram com questões psicológicas.

Destaca-se que as doenças psicossomáticas são desordens psíquicas ou emocionais que interferem no funcionamento orgânico. Assim, essas perturbações geram problemas físicos, que podem surgir em diversas áreas do corpo. No que diz respeito a distúrbios psicossomáticos, alguns sintomas não são esclarecidos por meio das alterações biomoleculares, visto que, quando se fazem exames, não se identifica a patologia que os desencadeia (ENGEL, 1977).

O modelo biopsicossocial é oriundo da medicina psicossomática. O paradigma aponta uma visão do homem como um todo, que antes era dividido pelas diferentes áreas do conhecimento. Ainda que mencionado, mas agora dito de forma diferente, essa perspectiva divide o ser humano em três dimensões: biológica (corpo-metabolismo), psicológica (mente-processos afetivos-emocionais-rationais) e social (ambiente-localização geográfica-contexto cultural) (DE MARCO, 2006).

A proposta do modelo biopsicossocial é oferecer uma assistência integral ao paciente e não se limitar ao tratamento da doença. Logo, busca superar o paradigma mecanicista, curativista, o que requer capacidades sociais que permitam o vínculo (DE MARCO, 2006);

em vez de “tratar uma doença”, deve-se “cuidar de uma pessoa”. O cuidado é proporcionado por ações conjuntas de uma equipe de saúde, que deve ser composta por especialistas em diversas áreas. Nesse modelo, a saúde não é domínio exclusivo da medicina, uma vez que a doença passa a ser multifatorial, sendo a saúde um estado de bem-estar físico, mental e social, concepção empregada pela OMS.

Esse modelo biopsicossocial se originou na medicina psicossomática e começou a ser discutido com mais frequência entre os profissionais da saúde em 1977, com a publicação de um artigo científico na revista *Science*, “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, quando o psiquiatra George Libman Engel propôs o modelo biopsicossocial no lugar do biomédico, por considerar este último insuficiente para lidar com as queixas dos pacientes. Assim, defendeu um modelo médico diferente do modelo biomédico vigente como resposta, surgindo, então, o modelo biopsicossocial, no qual o paciente deve participar do processo de cuidado, deixando de ser apenas um objeto para se “tornar sujeito do ato clínico” (ENGEL, 1997).

Cabe destacar que o modelo biopsicossocial e espiritual não é linear, nem focado na doença; visa a entender o ser humano em todas as suas dimensões com foco em promover a QV. É diferente do modelo biomédico, que define “saúde” como ausência de doença, concentrando-se na patologia e no biologismo, sem considerar os aspectos histórico-sociais, políticos, econômicos e culturais (SOUZA; AITA; CORRÊA, 2021). Dessa forma, ficam o corpo e a mente dissociados, como se o estado de um não influenciasse o outro, e sendo o médico o personagem principal.

O “cuidado em saúde” pode ser entendido como o tratamento, o respeito, o acolhimento e o atendimento ao ser humano em sofrimento, com qualidade e resolução de suas queixas. O modelo biopsicossocial propõe uma abordagem com ênfase na compreensão de dignidade humana e liberdade para o ser lidar com as condições que lhe são impostas pela vida. Esses pressupostos são relevantes e necessários para os cuidados com o indivíduo doente, visando a uma assistência humanizada e completa, em que o próprio doente seja o protagonista.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Com o intuito de aprofundar a compreensão sobre a repercussão do tratamento religioso do candomblé na QV dos adeptos, optou-se por buscar suporte teórico na TRS no âmbito da psicologia social, em suas abordagens estrutural e processual, posto que seus domínios teóricos permitem estudar e compreender fenômenos sociais que se desdobram na sociedade por intermédio de métodos próprios, que possibilitam a compreensão de uma realidade comum a um grupo ou comunidade. Essa teoria possibilita estudar o que é natural e espontâneo sem imposição, viabilizando identificar problemas por meio da fala, assim como permitindo pesquisar: imagens, história dos povos, culturas, religiões, mensagens, etnias, discursos e costumes. Além disso, mostra-se oportuna para identificar e interpretar concepções morais, sociais e biológicas presentes em um sistema social que explica comportamentos e significados que norteiam o viver (JODELET, 2001).

Com relação ao percurso metodológico do estudo, a descrição ocorreu em duas etapas. Na primeira, foi realizada a descrição dos cenários, dos participantes, dos instrumentos de coleta de dados e das análises estatísticas, prototípica e de similitude. Na segunda, o processo de organização e análise das entrevistas.

Os artigos encontrados foram selecionados, inicialmente, pela leitura dos títulos e resumos, com o auxílio do *software* Rayyan,<sup>5</sup> para identificar os principais artigos que tivessem relação com o tema e os repetidos. Diante da dificuldade para encontrar estudos que versassem sobre a temática e com o objetivo de alcançar relevantes referências sobre o tema, realizou-se busca, sem rigor metodológico, no Google Acadêmico como via de informação para acessar repositórios universitários.

#### 3.1 Tipo de estudo

Para a realização do estudo, utilizou-se o método de pesquisa exploratória descritiva de abordagem mista (qualitativa e quantitativa), alicerçado à TRS e delineado pela abordagem

---

<sup>5</sup> Rayyan é um aplicativo gratuito disponível na *web*. Trata-se de uma ferramenta que facilita o trabalho colaborativo de revisão e seleção de referências bibliográficas. Caracteriza-se por facilitar acesso às pesquisas e pela otimização do tempo. É utilizado para auxiliar em pesquisas do tipo revisão sistemática e metanálise. Tem por finalidade agilizar a triagem inicial de resumos e títulos, usando um processo de semiautomação (OUZZANI *et al.*, 2016).

estrutural, posto que essa corrente permite ao pesquisador buscar e apreender as relações entre os conteúdos e a dinâmica do conjunto (ABRIC, 2003; SÁ, 1996; WOLTER, 2018) e processual. Esta última abordagem permite estudar e compreender os processos e produtos por meio dos quais os sujeitos e os grupos constroem e significam o mundo integrando as dimensões socioculturais com a história (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 1978). A teoria mostra-se oportuna, tendo-se em vista que o objeto de estudo tem caráter subjetivo, tais como religião, religiosidade, crenças, valores simbólicos, opiniões, elementos socioculturais e ideológicos.

A pesquisa exploratória, de acordo com Marconi e Lakatos (2010), volta-se para pesquisas empíricas, com a finalidade de estabelecer e aproximar o pesquisador do contexto a ser estudado, tendo como objetivo esclarecer conceitos.

Não raro, em pesquisa exploratória, os métodos qualitativos e quantitativos se entrelaçam para melhor compreensão de um fato ou fenômeno, posto que o primeiro contribui para o entendimento, e o segundo, para a quantificação dos aspectos coerentes e essenciais do fenômeno (MARCONI; LAKATOS 2010; PROETTI, 2018). De acordo com Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa qualitativa possibilita entender a realidade estudada e a descrição aprofundada de determinada realidade, possibilitando retratar com mais precisão os fatos e fenômenos que se deseja estudar. Por outro lado, a pesquisa quantitativa se centra na objetividade e recorre à descrição matemática para descrever as causas e quantificar características de um fenômeno e as relações entre as variáveis (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; MARCONI; LAKATOS, 2010). “A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 33).

O candomblé é uma religião permeada por construções simbólicas, tradições e valores culturais. A religião é dotada de rituais e concepções próprias, conforme o grupo de pertença (nação), ou seja, cada grupo com uma interpretação distinta da mesma fé religiosa. É significativo ressaltar que os adeptos desenvolvem suas práticas místicas em grupos, formando, assim, as comunidades de candomblé. Diante disso, entende-se que as abordagens estrutural e processual da TRS abraçam a temática, visto que a teoria permite analisar concepções religiosas grupais permeadas por tradições enraizadas em valores culturais dotados de simbolismo e sentimentos (JODELET, 2001).

Diante da complexidade do fenômeno a ser pesquisado, acredita-se que tanto a pesquisa qualitativa quanto a pesquisa quantitativa, bem como a TRS, ofereceram pontos relevantes que estruturaram o desenvolvimento do estudo, por ser a proposta do estudo

investigar as representações sociais do tratamento e a repercussão deste na QV dos adeptos do candomblé, sendo esses fenômenos dotados de vasto simbolismo e significados. Entende-se que o estudo suscita a análise de dados subjetivos e objetivos, permitindo, portanto, a análise quantitativa e qualitativa.

### 3.2 Cenários do estudo

O cenário do estudo compreendeu cinco roças de candomblé da nação *Jeje Mahí*, sendo duas localizadas na Baixada Fluminense — uma, na cidade de Nova Iguaçu, e uma, na cidade de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro; uma, na cidade de Fundão, no Espírito Santo; uma, na cidade de Araxá, em Minas Gerais; e uma, na cidade de Cachoeira, na Bahia. A escolha dos cenários se deu de forma intencional, em virtude de professarem a mesma crença, crerem em *vodúns* (divindades *Jeje*), pertencerem à nação *Jeje Mahí* e apresentarem características em comum quanto às ritualísticas e práticas de cuidados religiosos.

Cabe destacar que os conhecimentos dessas roças de candomblé são compartilhados entre os sacerdotes e participantes (adeptos da casa), pois comungam das mesmas tradições e utilizam procedimentos tradicionais da cultura africana e terapêutica religiosa para atender a casos diversos relacionados com a saúde e a doença, assim como a outras necessidades de ordem pessoal e material dos indivíduos. As roças promovem atividades que incluem festividades, eventos, atividades de lazer e culturais, educação em saúde e orientação religiosa voltadas às situações de saúde.

Destaca-se que a descrição sobre a terapêutica religiosa dos candomblés da nação *Jeje Mahí* pouco se encontra na literatura. Há registros acerca dos rituais *Jeje Mahí*, porém sem mais esclarecimentos para as questões relacionadas com a saúde. Diante disso, o presente estudo tem como perspectiva contribuir para que o conhecimento seja difundido, mediante o objeto do estudo.

### 3.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo cem adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí* iniciados (feitos no santo) e não iniciados com 18 anos ou mais e de ambos os sexos, frequentando há mais de seis meses uma das roças de candomblé eleitas. Foram excluídos aqueles que apresentavam orientação cognitiva prejudicada com implicação na competência para responder ao questionário disponibilizado por um *link* enviado pelo pesquisador por meio do aplicativo WhatsApp e aqueles com dificuldade comunicativa, ou, melhor dizendo, incompatível com a abordagem da entrevista, mediante a percepção do entrevistador e/ou o relato do próprio participante.

### 3.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2022 e contou com auxílio de formulários padronizados para caracterização sociodemográfica dos participantes, contendo perguntas abertas e fechadas relacionadas com as condições de saúde e a posição na roça (Apêndice A); técnica de evocações livres de palavras (Apêndice B); questionário de práticas religiosas e de saúde na roça (Apêndice C); instrumento para avaliar índice de religiosidade da Universidade de Duke (escala de religiosidade de Duke – *Religious Index-DUREL*), conforme tradução para o português (Anexo A); instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-SRPB, referentes à avaliação de QV (Anexos B e C), proposto pela OMS, traduzido e validado para o Brasil; e, por fim, roteiro para as entrevistas (Apêndice D).

A amostra compreendeu dois momentos, totalizando cem participantes. Na primeira etapa, cem participantes responderam a um formulário disponibilizado por meio eletrônico/digital com o auxílio da ferramenta Google Forms, enviados por *link* pelo aplicativo WhatsApp. Na segunda etapa, do total de participantes (n = 100), 30 foram convidados para uma entrevista, mas apenas 25 a concederam. As entrevistas seguiram um roteiro com perguntas sobre identidade sociocultural, tratamento religioso no candomblé da nação *Jeje Mahí*, tratamento biomédico, QV, concepção de saúde e doenças, práticas para a saúde e cuidados para a promoção da saúde, adotados nas roças de candomblé que compuseram o cenário da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no período de setembro a novembro de 2022, ocorreram em ambiente virtual, por videochamada, usando a plataforma digital Google Meet, com duração de aproximadamente 90 minutos. Adotou-se essa modalidade para atender à disponibilidade dos participantes, sendo um meio acessível e confortável para eles, em razão de suas rotinas religiosas e atividades laborais. A entrevista foi agendada de acordo com data e horário convenientes para cada participante.

Após a explicação sobre pesquisa e o aceite do participante, a entrevista foi registrada em áudio e transcrita na íntegra. Com os dados colhidos, iniciaram-se as etapas de organização e exploração do material. Os dados foram armazenados em dois bancos de dados: um, com as variáveis dos questionários, no *software* Excel®, e o outro, com as transcrições das entrevistas, no *software* Word®. A identificação dos participantes foi alfanumérica, usando a abreviação da letra “E” (entrevistado) seguida do número que indica a ordem de participação (E-01), a fim de preservar suas identidades. Essa forma de identificação foi usada nos questionários e na elaboração dos bancos de dados.

Para a primeira etapa da coleta de dados, foram usados instrumentos padronizados, descritos a seguir e listados no Apêndice.

O questionário para caracterização dos participantes (Apêndice A) tem como objetivo adquirir dados pessoais, sociais e profissionais, permitindo, assim, conhecer aspectos comuns do grupo em estudo. O formulário foi estruturado com questões abertas e fechadas, que dizem respeito às variáveis: idade; sexo; situação conjugal atual; nível de instrução; formação profissional e ocupação atual. Questões socioculturais, hábitos religiosos e situação de saúde foram solicitados por último, a fim evitar desconforto ao participante, tendo em vista a possibilidade de desencadear emoções. A utilização de questionários foi adotada por eles permitirem compreender com mais clareza os questionamentos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O instrumento de coleta para associações livres de palavras (Apêndice B) teve como finalidade orientar e registrar os dados coletados por meio da técnica de associações livres de palavras, obtida quando solicitado ao participante que escrevesse as cinco palavras ou expressões que lhe viessem à lembrança ao ler os seguintes termos indutores: tratamento religioso no candomblé da nação *Jeje Mahí*, QV, bem-estar, saúde e doença, obedecendo à ordem das evocações (GOMES; OLIVEIRA, 2005). De acordo com Sá (2002) e Santos (2015), por ser espontâneo, permite colocar em evidência as representações imediatas sobre o objeto estudado.

O questionário de práticas de atividades religiosas (Apêndice C) teve como finalidade identificar práticas e atividades religiosas e conhecer como a vivência na religião interfere nas atividades cotidianas dos participantes. Teve como perspectiva investigar as práticas de tratamento religioso e como elas estão relacionadas com o processo de adoecimento, o enfrentamento e a promoção e recuperação da saúde.

Para mensurar a espiritualidade e a religiosidade, há instrumentos validados, os quais podem ser associados aos resultados em termos de saúde (KOENIG *et al.*, 2012), como escala de religiosidade de Duke – *Religious Index-DUREL*, usada neste estudo (Anexo A). De acordo com Taunay *et al.* (2012), os resultados encontrados em relação às propriedades psicométricas da DUREL são coerentes, quando comparados com os de outras pesquisas publicadas (Lucchetti *et al.*, 2011; Sherman *et al.*, 1999; Storch *et al.*, 2004), e ao ser ela testada em diferentes grupos culturais e em pacientes com doenças crônicas, como em pacientes oncológicos. Contudo, citam que, em estudo realizado com estudantes de enfermagem, houve inconsistência nos resultados.

No entanto, na pesquisa realizada com alunos universitários e pacientes psiquiátricos no Brasil, para validar a versão brasileira, a DUREL mostrou resultados satisfatórios, apresentando boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach  $> 0,80$ ) e confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação intraclassa  $> 0,90$ ) nas duas amostras. Foram notadas correlações moderadas entre as subescalas da DUREL ( $0,58 < r < 0,71$ ). Com essas análises, Taunay *et al.* (2012) apontam que a DUREL pode ser útil para investigar diversas dimensões da religiosidade em grupos com diferentes características sociodemográficas e níveis de sofrimento. Aos achados de Taunay *et al.* (2012) se assemelha o estudo realizado por Fleury, Gomes e Fleury (2021) com estudantes universitários.

Sobre o índice de religiosidade de DUREL, Taunay *et al.* (2012) esclarecem que é uma escala que mensura as três principais dimensões religiosas relacionadas com a saúde, a qual é composta por cinco itens (KOENIG; BÜSSING, 2010; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008). As três dimensões são: 1) religiosidade organizacional (RO) — frequência de encontros religiosos; 2) religiosidade não organizacional (RNO) — frequência de atividades religiosas privadas; 3) religiosidade intrínseca (RI) — internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo. As respostas encontram-se em uma escala do tipo Likert, em que não se somem os *scores*, porém devem ser analisadas as pontuações das dimensões separadamente (TAUNAY *et al.*, 2012).

Sobre o instrumento WHOQOL da OMS, entendendo ser relevante a abordagem sobre QV, o Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida – The WHOQOL Group (1994), elaborou

um instrumento genérico de medida da QV, denominado WHOQOL-100, desenvolvido de maneira multicêntrica, com potencial transcultural, o qual foi aperfeiçoado e adaptado em vários países. Mas, tendo em vista as particularidades das populações, o que poderia dificultar a aplicabilidade do instrumento, o grupo criou o dispositivo WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life – Bref), instrumento compacto, baseado no WHOQOL-100, para facilitar e agilizar a aplicação (THE WHOQOL GROUP, 1994).

O presente estudo utilizou o questionário WHOQOL-Bref (Anexo B) por causa das características dos cenários. O WHOQOL-Bref é composto por 26 perguntas; entretanto, a pergunta (1) é sobre a QV em geral, e a (2) está atribuída à satisfação com a própria saúde. Tirando as questões 1 e 2, o instrumento lista 24 itens divididos em quatro domínios, quais sejam: domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas seguem a escala do tipo Likert (de 1 a 5), o que significa que, quanto maior a pontuação, melhor a QV. Nesse instrumento, o resultado deverá aparecer apenas em média (1 a 5), por domínio e por faceta (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O instrumento WHOQOL pode ser utilizado em populações saudáveis ou acometidas com afecções crônicas. Pode avaliar QV em diversos grupos e em variadas situações. Além disso, apresenta caráter transcultural e valoriza a percepção individual (FLECK *et al.*, 2000; KLUTHCOVSKY, 2009; THE WHOQOL GROUP, 1995). Assim, mediante o tema e os objetivos propostos, entende-se a importância desse instrumento para o estudo. Para corroborar WHOQOL-Bref, foram coletados dados de QV relacionados com espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, com o instrumento WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life — Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) (Anexo C), traduzido e validado para a língua portuguesa em 2011 (PANZINI *et al.*, 2011).

O WHOQOL-SRPB é um instrumento com 32 questões, que amplia o construto criado para os instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref, em que, a princípio, a espiritualidade seria representada de forma reduzida (FLECK; SKEVINGTON, 2007). O WHOQOL-SRPB é composto por itens que avaliam o impacto das crenças espirituais e pessoais acerca da QV, sendo aplicável a populações de diferentes culturas e religiões ou a populações sem religião, ou originada de sua filosofia, de sua crença em um código moral e ético ou conjunto de crenças. Tem oito dimensões/facetadas: conexão a ser ou força espiritual, sentido na vida, admiração, totalidade e integração, força espiritual, paz interior, esperança e otimismo, e fé.

Os resultados dos domínios originam-se da soma de cada item pertencente a ele. A resposta de cada pergunta é pontuada em escala do tipo Likert de 1 a 5. Quanto mais alto o *score*, melhor a QV. O instrumento apresentou boas qualidades psicométricas, validado para

uso no Brasil (PANZINI *et al.*, 2011). Desse modo, o instrumento mostra-se adequado para compreender como os adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí* lidam com o enfrentamento em situações de saúde e doença, utilizando a religiosidade, a espiritualidade e o tratamento religioso, e de que forma esse fenômeno influencia a QV.

A segunda etapa do estudo foi destinada às entrevistas individuais e em profundidade, obedecendo a um roteiro de questões semiestruturado (Apêndice D), para apreender dados sobre saúde e doença, práticas de saúde, tratamentos ritualísticos realizados no candomblé da nação *Jeje Mahí* e concepção de QV.

Gil (1999) destaca que a entrevista é uma das melhores técnicas para obter dados em pesquisas sociais. O autor ressalta que é uma forma de interação social, visto que o entrevistador pode formular perguntas para obter dados relevantes para a pesquisa, além de o entrevistado ter a liberdade de responder às perguntas, estabelecendo um diálogo entre as partes.

A entrevista é eficiente na coleta de dados e possibilita a rápida captação das informações relevantes para a pesquisa (ANA; LEMOS *et al.*, 2018; GIL, 1999). Aqui, são citados três tipos de entrevista: a estruturada, na qual o pesquisador não tem autonomia e segue um guia já estabelecido; a semiestruturada, em que o entrevistador tem um guia, mas o entrevistado tem mais liberdade; e as entrevistas não estruturadas, nas quais o entrevistado é estimulado sobre um tema e pode falar à vontade (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A entrevista semiestruturada, técnica escolhida para este estudo, é um diálogo entre o pesquisador e o entrevistado, no qual o primeiro tem um roteiro de perguntas para o segundo, mas também pode fazer outras perguntas que surgirem ao longo da conversa, permitindo, assim, explorar diferentes pontos de vista (ANA; LEMOS *et al.*, 2018).

Ainda, sobre a coleta de dados, esta foi realizada pela pesquisadora, em razão de os participantes ficarem mais confortáveis, uma vez que compartilham crenças semelhantes.

### 3.5 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio do formulário sociodemográfico e de atividades religiosas foram salvos em uma planilha eletrônica no Microsoft Excel. Após, foram organizados, codificados e importados para o aplicativo Statistical Package for the Social Science (SPSS).

Esse é um programa estatístico, que auxilia pesquisadores na manipulação, análise e apresentação de resultados de análise de dados (MARÔCO, 2018).

O SPSS oferece uma forma clara de criar bancos de dados, por meio do recurso “*variable view*”. Esse recurso organiza as variáveis com as informações relevantes, facilitando o uso das etapas de criação das informações. O *software* possibilita fazer cálculos estatísticos e gerar informações para a tomada de decisão, bem como apresentar os resultados com alta qualidade de tabulação e geração de relatórios (MARÔCO, 2018).

Os dados obtidos do formulário de identificação sociodemográfico, dos instrumentos para análise da QV do WHOQO-Bref, WHOQO-SRPB e DUREL, foram analisados com auxílio do *software* SPSS. A análise descritiva, para as variáveis categóricas, foi realizada por meio de frequências absolutas (n) e relativa (%), e, para as variáveis numéricas, medidas de posição e dispersão (média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo). Para comparar os domínios e identificar a relação dos *scores* de QV com as variáveis de interesse, foi aplicado o coeficiente de correlação Pearson. O teste de Pearson mede a intensidade da relação entre variáveis numéricas, podendo variar de  $-1$  a  $1$ . Quanto mais próximo estiver de  $1$  ou  $-1$ , mais forte será a associação. Quanto mais próximo de zero, mais fraca será a relação entre duas variáveis. O coeficiente negativo expressa uma relação inversa entre duas variáveis (SIEGEL; CASTELLAN, 2017). O teste de alfa de Crobach foi utilizado para avaliar consistência interna dos instrumentos WHOQOL (Bref e SRPB) e da escala de Duke neste estudo. Considerou-se um nível de significância de 95%.

A coleta de dados para a teoria das representações sociais foi dividida em duas etapas: a estrutural, com a coleta das evocações, e a processual, com as entrevistas, finalizando a coleta de dados. Inicialmente, os dados foram organizados de acordo com o material obtido por meio da técnica de associação livre de palavras. Em seguida, os termos e expressões foram padronizados e ordenados para melhor compreensão e análise. Essa organização possibilitou melhor aproveitamento dos dados pelo *software* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ), versão 0.7 alpha2, que calcula e apresenta frequência simples de ocorrência dos termos evocados, a média de ocorrência de cada termo por ordem de evocação, favorecendo a análise prototípica, também intitulada quadro de quatro casas.

Conforme Wachelke e Wolter (2011), a análise prototípica desenvolvida por Vergès é uma técnica que se divide em dois momentos: no primeiro, é realizado o cálculo de frequência e ordens de evocações, e o segundo está voltado para a construção das categorias que envolvem as evocações e examinam frequência, composição e coocorrências.

A análise prototípica compreende um quadro com quatro divisões, organizando os termos produzidos. No quadrante superior esquerdo, são encontrados os termos que provavelmente constituem o núcleo central da representação, por apresentarem maior frequência e serem mais prontamente evocados. Os termos presentes no quadrante superior direito são os que apresentaram elevada frequência, mas não foram prontamente evocados; portanto, constituem a zona da primeira periferia, enquanto os localizados no quadrante inferior esquerdo tiveram baixa frequência, porém foram prontamente evocados — estes são elementos de contraste. No quadrante inferior direito estão os termos que tiveram baixa frequência, sendo evocados mais tarde. Logo, constituem os elementos da segunda periferia da representação (GOMES; OLIVEIRA, 2005; SÁ, 1996; SANTOS *et al.*, 2015; WACHELKE; WOLTER., 2011).

A técnica baseia-se nos critérios de saliência e ordem de evocação dos elementos, para identificar os do sistema central e os do sistema periférico das representações, o que necessita considerar a frequência e a ordem de evocação dos termos, conforme definido por Sá (1996). A técnica de análise de dados mais usada para pesquisas em representações sociais pela abordagem estrutural é a prototípica, em que o conteúdo e a estrutura dos elementos de uma representação podem ser apresentados pelo quadro de quatro casas, que se consolida pelo cruzamento entre frequência e ordem hierarquizada das evocações, como consideram Sá (2002) e Wachelke e Wolter (2011).

Considerando a estrutura da representação social do tratamento religioso no candomblé, o conjunto de dados salvo em arquivo de valores separados por vírgulas do Microsoft Excel foi processado pelo *software* IRaMuTeQ, passando pelas análises de frequência, análise prototípica e análise de similitude. Considerou-se a presença de, no mínimo, dois elementos no provável núcleo central, assim como um equilíbrio no número de termos evocados, estabelecendo frequência mínima de 3.

A segunda abordagem usada para tratamento e análise dos dados coletados por meio das evocações foi a análise de similitude por coocorrência, que considera a conexão entre os elementos da representação, cujos índices entre cada par de palavras foram calculados pelo *software* IRaMuTeQ, o que permitiu a construção do quadro de quatro casas e, posteriormente, a árvore máxima de similitude. A caracterização desta última é uma representação gráfica das conexões entre os elementos de uma representação social.

Conforme Oliveira *et al.* (2005), para a análise, adotaram-se a hierarquia de valores das ligações entre os termos, sua proximidade e o sentido de cada um deles em comparação com os outros aos quais estão ligados. A análise de similitude pode reforçar ou refutar a

premissa de centralidade do quadro de quatro casas, uma vez que pode ser um meio de expressar o conteúdo e a estrutura da representação (OLIVEIRA, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2005). Na sequência, foi analisado o sentido dos elementos, e foi possível identificar a perspectiva do contexto semântico. Dessa forma, a estrutura da representação pôde ser acessada, incluindo uma perspectiva mais ampla do contexto semântico de seus elementos.

A segunda etapa da pesquisa, isto é, as entrevistas, permitiu a obtenção de dados que foram, posteriormente, tratados e analisados por meio da técnica de análise lexical, com o auxílio do *software* IRaMuTeQ. Esse *software* possibilita, por meio de seu processamento estatístico, a análise de conteúdos lexicais, com o processamento das unidades de texto, transformando as unidades de contexto iniciais (UCI) (entrevista) em unidades de contexto elementares (UCE); identificando a quantidade e a frequência média de palavras; verificando as palavras organizadas em reduções textuais (suas raízes); estruturando um dicionário de conteúdos condensado; e identificando formas semelhantes e adicionais ou diferentes entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

As formas de análise realizadas pelo *software* IRaMuTeQ são: as estatísticas textuais, a classificação hierárquica descendente (CHD), que possibilita análise de similaridade lexicográfica, análise fatorial de correspondência, de especificidades, de similitude e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013; SALVIATI, 2017). Na análise dos textos das entrevistas, foi utilizada a CHD, que classifica os textos pelo vocabulário, conforme a transcrição do pesquisador, em três linhas, mas, dependendo do tamanho do *corpus*, os segmentos de texto se dividem em função das formas reduzidas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Como já afirmado, os dados qualitativos foram analisados com o auxílio do *software* IRaMuTeQ, sendo essa uma ferramenta da tecnologia da informação. O tratamento estatístico de dados provenientes de fontes como a entrevista, efetuado com o auxílio de *software*, tem se mostrado cada vez mais frequente e é válido para análises de *corpus* volumosos. Ele auxilia na realização da análise lexical, que consiste em um tipo específico de análise de dados, que trata especificamente da análise de material verbal transcrito. É parte da análise de conteúdo, relevante aos estudos sobre pensamentos, crenças e opiniões em relação a determinado fenômeno produzido.

Entre as diversas análises realizadas pelo *software* IRaMuTeQ, neste estudo foram utilizadas a análise prototípica, a análise de similitude e a CHD. Essa última se caracteriza por organizar os dados em um dendograma de classes, ilustrando a relação entre eles, executar cálculos (teste de qui-quadrado) e fornecer resultados que permitem a descrição de cada uma

das classes por palavras estatisticamente significativas ligadas a estas. Fornece também os segmentos de texto (ST) mais característicos de cada classe, permitindo sua contextualização.

#### 4 ASPECTOS ÉTICOS

Em cumprimento aos princípios éticos, este estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que dispõe sobre as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e aprovado sob Parecer nº 5.500.108 (Anexo D). Aos participantes, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual expressa o objetivo da pesquisa e descreve os riscos inerentes, conforme a Resolução nº 466/2012, que trata da possibilidade de riscos variados, bem como compromisso e cuidado com o propósito de minimizá-los, além de estratégias de atendimento. O TCLE destaca a garantia e o direito ao sigilo, ao anonimato e à desistência, a qualquer momento, independente das etapas em curso do estudo, e que a participação é voluntária e gratuita, não cabendo ônus ou qualquer forma de recurso financeiro para o participante. Foi oferecida uma cópia do TCLE ao participante.

O investimento na pesquisa foi de responsabilidade da pesquisadora. No entanto, observa-se a possibilidade de auxílio financeiro de outras fontes.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aqui, serão mostrados os dados das várias análises para atingir o objetivo do estudo, principalmente os resultados sobre as representações sociais do tratamento religioso, QV e bem-estar para adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí*, sob a perspectiva das abordagens estrutural e processual da TRS. Em primeiro lugar, apresenta-se a caracterização dos participantes. Em seguida, são mostradas as análises prototípicas (análise de evocações apresentada no quadro de quatro casas) dos elementos que constituem as representações sociais do objeto de estudo.

A seguir, por meio das análises de similitude, baseadas na teoria dos grafos (árvore máxima), apresentam-se o agrupamento e as conexões entre os termos identificados, com foco no provável núcleo central, e encerra-se com a relação de conectividade entre tratamento religioso e QV, apoiado na abordagem estrutural. Como parte complementar, tendo como base a abordagem processual, apresentam-se os dados advindos das entrevistas, tratados com o auxílio do *software* IRaMuTeQ e organizados em um dendrograma, permitindo-se, dessa forma, a visualização das palavras agrupadas em classes por CHD.

### 5.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

A caracterização sociodemográfica se baseará nas respostas dos cem participantes que responderam aos instrumentos da pesquisa, sendo apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra quantitativa relativa do perfil sociodemográfico dos participantes (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023 (continua)

Variável	<i>f</i>	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	49	49,0
Feminino	51	51,0
<b>Faixa etária</b>		
De 18 a 29 anos	20	20,0
De 30 a 39 anos	35	35,0
De 40 a 49 anos	24	24,0

Tabela 1 – Caracterização da amostra quantitativa relativa do perfil sociodemográfico dos participantes (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023 (conclusão)

De 50 a 59	11	11,0
Maior que 60 anos	10	10,0
<b>Nível de instrução</b>		
Fundamental	13	13,0
Médio	51	51,0
Superior	36	36,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	34	34,0
Casado(a), tem companheiro(a)	59	59,0
Viúvo	1	1,0
Divorciado	5	5,0
Não respondeu	1	1,0
<b>Tem atividade remunerada</b>		
Sim	63	63,0
Não	15	15,0
Não respondeu	22	22,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora, 2023.

Na distribuição sociodemográfico dos participantes, observa-se que 51 (51,0%) são do sexo feminino, e a faixa etária variou de 18 a 83 anos, média de 40 anos (DP = 13,14, variância = 179,99 e mediana de = 37,5). Com relação ao nível de instrução, 51 (51%) têm Ensino Médio, 59 (59,0%) informaram ter “cônjuge ou companheiro(a)”. A renda mensal não foi declarada; no entanto, 63 (63%) afirmaram ter atividade remunerada. O tempo de pertença à nação *Jeje Mahí* variou de 6 meses a 47 anos, média de 10,9 anos (DP = 11,22).

#### 5.1.1 Amostra quantitativa relativa ao perfil sociodemográfico dos participantes segundo variáveis religiosas

Com relação aos cenários de pesquisa, do total de cinco templos de candomblé da nação *Jeje Mahí*, os percentuais de participação por estado, as características relacionadas com o tempo de filiação religioso e função no templo de candomblé são apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da amostra quantitativa relativa ao cenário de pesquisa e perfil religioso dos participantes (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023

Variável	f	%
<b>Cenário por Estado</b>		
Rio de Janeiro	65	65,0
Bahia	17	17,0
Minas Gerais	17	17,0
Espírito Santo	1	1,0
<b>Posição ritualística no templo</b>		
<i>Abiã</i> <sup>6</sup>	25	25,0
<i>Yawô</i> <sup>7</sup>	26	26,0
<i>Ebomi</i> <sup>8</sup>	23	23,0
<i>Ogã</i>	11	11,0
<i>Ekede</i>	8	8,0
<i>Sacerdote</i>	7	7,0
<b>Tempo de afiliação</b>		
Até 9 anos	45	45,0
De 10 a 19 anos	23	23,0
De 20 a 29 anos	14	14,0
De 30 a 39 anos	10	10,0
De 40 a 60 anos	8	8,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora, 2023.

A idade de santo (tempo de iniciado, feito no santo) variou de 0,6 a 50 anos, média de 9,9 anos (DP = 12,34). O tempo de pertença à nação *Jeje Mahí* mostrou-se entre 6 meses e 47 anos, com média de 10,9 anos. Mais da metade dos participantes, 62 (62,0%), adota como prática única o candomblé; 36 (36%) referiram participar de outras religiões (umbanda, kardecismo, catolicismo e outras); e 2 (2%) não responderam. Com relação ao cargo ou à posição ritualística no templo religioso (roça), a maioria era *vodunsì* (56), 56%.

A ocupação do fiel na roça de candomblé está relacionada com o tempo de iniciado, o cargo que exerce, compreendendo o papel dos adeptos e atribuições, mediante posição hierárquica. Para melhor entendimento, cabe esclarecer que *vodunsì* é o adepto iniciado que experiencia o transe mediúnicos, incorporando o *vodún* (divindade das nações *Jeje*). Por outro lado, *ogã* e *ekede* não entram em transe e detêm um elevado cargo hierárquico, são responsáveis por rituais específicos e auxiliam o sacerdote ou sacerdotisa em práticas litúrgicas e terapêuticas, principalmente em rituais para a saúde. Compete aos *ogãs* e às *ekedes* recepcionar as pessoas na roça para orientar sobre comportamentos e condutas, e

<sup>6</sup> *Abiã* é o nome dado a pessoas que estão iniciando uma nova trajetória na vida espiritual, antes de passar pela iniciação.

<sup>7</sup> *Yawô* é a denominação do fiel que passou pelos rituais de iniciação, mas ainda não completou o período de sete anos de iniciação ou já completou, porém não passou pelos rituais que consagram esse tempo.

<sup>8</sup> *Egbomi* é o iniciado que passou pelo ritual de consagração dos sete anos (irmão mais velho).

organizar a roça de candomblé para a realização dos rituais de limpeza. Além disso, atuam acompanhados ou não do sacerdote no acolhimento e na escuta ativa dos aflitos que buscam os tratamentos religiosos do candomblé, vislumbrando alívio e socorro para alcançar um melhor estado de saúde e, conseqüentemente, QV. Nesse aspecto, Silva e Scorsolini-Comin (2020b) destacam em seu estudo a amplitude da assistência ofertada pela religiosidade, discorrendo que as crenças religiosas constituem o sujeito e têm efeito terapêutico diante do adoecimento. Os elementos míticos presentes nas religiões africanas mostram-se como complementar e têm efeito terapêutico que pode auxiliar na cura ou em um melhor estado.

Tabela 3 – Caracterização da amostra relacionada com o tratamento religioso para a saúde. Rio de Janeiro (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023

<b>Fez tratamento religioso</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
Sim	83	83,0
Não	14	14,0
Não respondeu	3	3,0
Total	100	100,0

Fonte: A autora, 2023.

Dos cem participantes que compreendem a amostra, relataram fazer tratamento biomédico regular para alguma condição de saúde 46 (46%). No que concerne ao tratamento religioso para cuidar da saúde, afirmaram procurar recurso religioso para lidar com os problemas de saúde 86 (86%). Destes, referiram ter alcançado cura com tratamento religioso 47 (57,3%); relataram que os tratamentos religiosos auxiliaram na elucidação do diagnóstico 29 (35,3); apresentaram melhora parcial do estado de saúde 19 (23,2%). Do total de participantes (n = 100), ainda não trataram complicações de saúde com recursos religiosos 11 (11%); e ausência de resposta 3 (3%). Trataram complicação associada à condição física 30 (30%) e relacionada com a saúde mental 30 (30%). Entre os problemas de saúde mais relatados, destacam-se: alergia, hipertensão, dor de origem ortomolecular, doenças de pele, gravidez de risco, cálculo renal, cefaleia, bronquite e transtorno mental (depressão, ansiedade e pânico).

## 5.2 Avaliação da religiosidade com a escala de Duke-DUREL

Objetivando avaliar a religiosidade e a espiritualidade dos adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí*, utilizou-se para a investigação da religiosidade a escala Duke-DUREL Religious Index (versão em português). Como já pontuado em outras linhas, essa escala mede cinco itens das três principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas com resultados em termos de saúde: religiosidade organizacional (RO) (frequência em atividades religiosas institucionalizadas, como participar de comunidades religiosas, estudos religiosos e cultos), religiosidade não organizacional (RNO) (atividades religiosas privadas, como assistir programas religiosos por meio midiático, orar/rezar e estudar as escrituras) e religiosidade intrínseca (RI) (busca da internalização ou da introspecção e vivência plena da religiosidade, compromisso ou motivação religiosa pessoal) (LUCCHETTI, 2012; SOUZA *et al.*, 2022).

Estudos comunitários e clínicos realizados nos Estados Unidos mostraram que a RO e a RNO estão associadas a indicadores de bem-estar físico, mental e social, enquanto os itens ligados à RI se correlacionam melhor com apoio social e resultados de saúde (KOENIG; BÜSSING, 2010; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2022). A religiosidade é uma variável relevante para a pesquisa em saúde, considerando suas associações com o processo saúde-doença e questões significativas sobre o bem-estar (SOUZA *et al.*, 2022), atitudes práticas e satisfação em relação a cuidados para alcançar melhor QV. A tabela 4 exhibe estatísticas descritivas das medidas de dispersão e de tendência central (média, mediana, desvio-padrão e variância) referentes às três dimensões da DUREL.

Tabela 4 – Caracterização da amostra estatísticas descritivas para as dimensões da religiosidade mensuradas pela DUREL (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023 (continua)

Dimensões	Média	Mediana	DP	Variância	Alfa de Conbrach
RO – Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou encontro religioso?	3,89	4	1,17	13,84	0,50
RNO – Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?	4,23	5	1,39	1,91	0,44
RI – 1. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)	4,09	4	1,13	1,26	0,50

Tabela 4 – Caracterização da amostra estatísticas descritivas para as dimensões da religiosidade mensuradas pela DUREL (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023 (conclusão)

RI – 2. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver	4,38	5	0,86	0,72	0,33
RI – 3. Eu me esforço para viver a minha religião em todos os aspectos da vida	4,58	5	0,60	0,36	0,39
RI – Média geral	4,35	–	0,66	0,44	0,56

Nota: DUREL: Duke Religious Index (versão em português); RO: religiosidade organizacional; RNO: religiosidade não organizacional; RI: religiosidade intrínseca; DP: desvio-padrão.

Fonte: A autora, 2023.

Ao aplicar o coeficiente do alfa de Cronbach ao instrumento de Duke para verificar a consistência interna da escala nesse estudo, observou-se que a consistência não foi satisfatória, por mostrar-se baixa (entre 0,33 e 0,56). Freitas e Rodrigues (2005) advogam que, embora pesquisadores não tenham consenso sobre a interpretação da confiabilidade de um questionário obtido a partir do valor deste coeficiente, em geral se considera satisfatório um instrumento de pesquisa que obtenha alfa  $\geq 0,70$ ).

Como mostra a tabela 4, a RO teve uma grande variação (13,84), o que mostra quanto a resposta ao item se diferencia dos outros elementos da escala. Além disso, é possível notar que as respostas da RNO tiveram menor dispersão (1,91) e foram significativas. Os itens 2 e 3 da RI se destacam por serem as duas maiores médias do conjunto (4,38; 4,58), além de apresentar a menor variância (0,36) no item 3. A média geral da dimensão RI ficou em 4,35, com uma variância de 0,44.

Os dados da tabela sugerem que os participantes apresentam baixo índice de religiosidade organizacional e não organizacional. Koenig e Büssing (2010) enfatizam que o instrumento deve ser usado com suas três dimensões separadamente, justamente para registrar as diferentes interações que cada dimensão pode ter com outros aspectos relevantes, como saúde e bem-estar. É importante destacar que o calendário litúrgico da nação *Jeje Mahí* difere dos de outras religiões, uma vez que as reuniões para função (atividade religiosas) na roça de candomblé seguem um calendário litúrgico, e na maioria das vezes as funções ocorrem, em média, três vezes ao ano. Assim, existe a hipótese de que a escala de DUREL não seja o melhor instrumento para aferir a especificidade da religiosidade dos adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí*, visto que a DUREL avalia a religiosidade organizacional por frequência semanal. Desse modo, aponta para a necessidade de instrumentos específicos para essa população. Em

relação a essa questão, há também o dado da menor consistência interna em relação aos itens na análise do alfa de Cronbach.

Quanto à participação nas funções da roça, 45% dos adeptos participam de todas, 36,6% participam de quase todas, e 9,9%, da metade, o que demonstra uma frequência considerável no local, e, como já mencionado, 83% dos seguidores fizeram uso de tratamento religioso. Sobre a religiosidade, Strelhow e Sarriera (2018), em sua pesquisa com adolescentes para investigar índice de religiosidade, verificaram que, quanto maior a religiosidade intrínseca, mais provável é os indivíduos se envolverem em práticas religiosas, institucionais ou privadas.

O presente estudo revela que os participantes apresentam alta religiosidade, conforme o indicador RI (média 4,35). O RI é composto por três questões, e sua pontuação pode variar de 3 a 15. Como apontam Koenig, Parkerson e Meador (1997), é necessário levar em consideração que, quanto menor a média de pontos para cada dimensão, mais religioso é o grupo analisado. Dessa forma, observa-se que a religiosidade dos envolvidos nesta pesquisa está atrelada ao tema em discussão. Portanto, é perceptível que, para esse grupo, em termos de objeto representacional, a religiosidade é relevante e pode interferir em suas práticas terapêuticas, na resiliência e na forma como lidam com problemas adversos, como a doença. Nesse sentido, Silva e Scorsolini-Comin (2020b) enfatizam que as crenças pessoais, de modo geral, e a religiosidade oferecem formas de lidar com as doenças e o sofrimento que elas causam aos seres humanos, seja por meio de práticas de cura, aconselhamento, limpeza espiritual, apoio emocional ou outras ações que envolvam a esfera espiritual e a saúde.

### **5.3 Análises estatísticas e correlações com os instrumentos WHOQOL**

A seguir, são apresentadas as estatísticas descritivas, caracterizando dados sociodemográficos dos participantes do estudo com os domínios de QV. O instrumento WHOQOL-Bref fornece resultados em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), que estão relacionados com a QV e uma pontuação geral para essa medida.

A QV é um pressuposto que envolve adaptação em um processo adaptativo e multidimensional e está relacionada com o efeito subjetivo das experiências diversas e representativas da vivência, vista de forma diferente por cada indivíduo pela forma de desdobramento pessoal que cada um experimentou (SCHERRER JR., 2022). Os resultados

encontrados com a aplicação dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-SRPB, que avaliam a QV, encontram-se descritos nas tabelas 5, 6, 7, 8 e 9.

A tabela 5 apresenta as médias e os desvios-padrão dos *scores* de QV e escala de religiosidade-DUREL, de acordo com os fatores sociodemográficos dos participantes, segundo os domínios estabelecidos pelo instrumento WHOQOL-Bref.

No domínio físico, a variável “mobilidade” foi significativa para a QV, sendo aquela que apresentou a maior média (4,37) entre as facetas. De forma similar, o domínio físico foi o mais expressivo, apresentando a maior média (3,80) entre os domínios.

Tabela 5 – Distribuição da média e desvio-padrão do *score* de qualidade de vida conforme WHOQOL-Bref, segundo dados sociodemográficos dos participantes em relação ao sexo (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
WHOQOL-Bref	Feminino	49	3,70	0,51
	Masculino	51	3,66	0,49
WHOQOL-SRPB	Feminino	49	4,19	0,47
	Masculino	51	4,24	0,50
DUREL	Feminino	49	4,1551	0,66
	Masculino	51	4,3098	0,55

Fonte: A autora, 2023.

Ao correlacionar os dados da variável sexo com os *scores* do WHOQOL-Bref, WHOQOL-SRPB e DUREL, observa-se que não houve diferenças estatísticas significativas. Isto é, o sexo não influenciou na QV, espiritualidade e religiosidade, o que possibilita dizer que o sexo, nesse grupo, não interfere na QV.

Tabela 6 – Relação das variáveis sociodemográficas com *scores* de WHOQOL-Bref, WHOQOL-SRPB e escala de DUREL (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

<b>Variável</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de afiliação</b>	<b>Tempo de iniciação</b>	<b>Nível de instrução</b>
WHOQOL-Bref	$P = 0,553$	$P = 0,202$	$P = 0,098$	$P = 0,824$
WHOQOL-SRPB	$P = 0,149$	$P = 0,189$	$P = 0,081$	$P = 0,287$
DUREL	$P = 1$	$P = 1$	$P = 1$	$P = 0,759$

\*  $P =$  Pearson.

Fonte: A autora, 2023.

No teste de correlação de Pearson, como se vê na tabela 6, o fator idade não foi significativo para a análise de correlação, ou seja, a faixa etária não influenciou a religiosidade dos adeptos. Sobre o tempo de afiliação ao candomblé, o fator espiritualidade,

na análise dos *scores* do instrumento WHOQOL-SRPB, supõe que o tempo favorece uma ligação mais íntima com a religiosidade. A correlação foi linear e positiva, sugerindo que, quanto maior o tempo de envolvimento no candomblé, maior será o indicador dessa variável. O tempo de iniciado na religião também não foi estatisticamente significativo na correlação com as variáveis do estudo. Quanto à correlação de QV, espiritualidade e religiosidade em relação ao nível de instrução, não houve diferença significativa para os participantes do estudo.

Na tabela 7, encontram-se os resultados das médias e desvio-padrão por domínios do WHOQOL-Bref em relação à QV para o grupo do estudo.

Tabela 7 – Distribuição dos *scores* dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023

WHOQOL-Bref Domínios	Média	DP	Mínimo	Máximo	Alfa de Conbrach
Físico	3,80	0,67	1,86	5,00	0,83
Psicológico	3,80	0,62	1,83	4,83	0,77
Relações sociais	3,78	0,72	1,33	5,00	0,67
Meio ambiente	3,44	0,59	2,00	4,75	0,76
Qualidade de vida geral	4,78	0,65	1,75	4,89	0,90

\* DP = desvio-padrão.

Fonte: A autora, 2023.

A QV geral desse grupo, com seus *scores* médios, foi de 4,78 (DP = 0,65), o que equivale ao valor de 95,79%. Os achados apontam que os participantes desfrutaram de boa QV. Os domínios físico e psicológico apresentaram médias iguais, demonstrando harmonia importante para a QV. No que se refere à consistência interna, os coeficientes alfa de Cronbach apresentaram resultados satisfatórios, variando de concordância moderada à alta (entre 0,67 e 0,90), respectivamente, nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, segundo os parâmetros sugeridos por Freitas e Rodrigues (2005).

Quanto às facetas de cada domínio, evidencia-se que, no domínio “físico”, o item “Quão bem você é capaz de se locomover” apresentou o maior média (4,35), sendo também o maior de toda análise, enquanto no domínio psicológico o mais alto foi o item “Em que medida você acha que a sua vida tem sentido” (4,17). No domínio relações sociais, a menor média foi a do item “Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)” (3,71), e, no domínio meio ambiente, o item “Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia a dia” (3,17). Ainda nesse domínio encontra-se o item “Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades”, o qual

apresentou a menor média entre os itens da escala (3,11). Este estudo identificou uma ligação significativa entre o domínio físico e o psicológico, os quais precipitaram fatores positivos, como mobilidade e sentido para a vida, que conseqüentemente contribuem para melhor QV.

Tabela 8 – Distribuição dos *scores* dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-SRPB (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023

WHOQOL-SRPB Domínios	Média	DP	Mínimo	Máximo	Alfa de Conbrach
Conexão com o ser ou força espiritual	4,26	0,61	1,75	5,00	0,85
Sentido na vida	4,28	0,63	2,00	5,00	0,83
Admiração	4,51	0,53	3,00	5,00	0,78
Totalidade e integração	4,27	0,60	2,50	5,00	0,81
Força espiritual	2,29	0,58	2,50	5,00	0,85
Paz interior	4,20	0,56	3,00	5,00	0,90
Esperança e otimismo	3,90	0,67	2,50	5,00	0,89
Fé	4,04	0,64	2,00	5,00	0,88

Fonte: A autora, 2023.

Destaca-se que a escala WHOQOL-SRPB se comportou de forma adequada para amostra estudada com alfa de Cronbach, apresentando consistência positiva alta (entre 0,78 e 0,90). No que concerne aos itens que apresentam as maiores médias por domínio, os itens ficaram distribuídos da seguinte forma: domínio ligação a um ser ou força espiritual, “Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você” (4,49); domínio sentido da vida, “Até que ponto você sente que está aqui por um motivo”(4,32); domínio admiração, “Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (curtir) as coisas da natureza” (4,45); domínio totalidade e integração, “Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma” (4,27); domínio força espiritual, “Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis” (4,48); domínio paz interior/serenidade/harmonia, “Até que ponto você tem paz interior” (3,99); domínio esperança e otimismo, “Até que ponto você está esperançoso com a sua vida” (4,25); e domínio fé, “Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar” (4,57).

Destaca-se que este último obteve a maior média de toda escala, sendo a menor com o item “O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza” (3,73). Observou-se que os *scores* variaram com média entre 3,73 e 4,57. Contudo, a média global ficou em 4,22, o que demonstra ligação significativa entre religiosidade e QV, demonstrando que os adeptos se percebem com boa QV.

Tabela 9 – Correlação das variáveis qualidade de vida, espiritualidade e religiosidade do estudo (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023

Variável	WHOQOL-Bref	WHOQOL-SRPB	DUREL
WHOQOL-Bref	$P = 1$	$P = 0,721$	$P = 0,464$
WHOQOL-SRPB	$P = 0,721$	$P = 1$	$P = 0,486$
DUREL	$P = 0,464$	$P = 0,486$	$P = 1$

Fonte: A autora, 2023.

Ao realizar a correlação de variáveis a partir do teste de correlação de Pearson, contou-se que as variáveis do estudo demonstraram correlações fortes e significativas entre si, ou seja, QV, espiritualidade e religiosidade são importantes para o grupo estudado. Em outras palavras, para esse grupo a vivência religiosa é importante e reflete na QV.

Para este estudo, os *scores* coletados sugerem que espiritualidade e religiosidade influenciam a busca por terapias religiosas e, como consequência, estimulam práticas que exercem efeitos sobre a saúde, de modo a repercutir na QV dos adeptos.

#### 5.4 Análise prototípica das evocações livres ao termo indutor qualidade de vida

A partir dos resultados obtidos pelo termo indutor “qualidade de vida”, identificaram-se as frequências de evocação e ordem média de evocações (OME), com o auxílio do *software* IRaMuTeQ. As evocações livres dos cem participantes ao termo indutor resultaram em um total de 300 palavras, das quais 124 foram diferentes. Os pontos de corte definidos para essa análise referem-se à frequência mínima 3, frequência média 7 e média das OME de 1,93, também denominada *rang*.

Quadro 1 – Análise prototípica referente ao termo indutor “qualidade de vida” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023 (continua)

Núcleo central				Primeira periferia		
Freq. Med		Freq.	OME < 1,93		Freq.	OME < 1,93
≥ 7	Saúde	47	1,7	Alimentação	10	2
	Paz	14	1,6	Dinheiro	8	2,4
	Fé	7	1,4	Exercício	8	2
	Felicidade	7	1,7	Família	7	2,1

Quadro 1 – Análise prototípica referente ao termo indutor “qualidade de vida” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023 (conclusão)

Zona de contraste				Segunda periferia		
< 7	Bem-estar	5	1,6	Tranquilidade	6	2,2
	Conforto	5	1,8	Amor	6	2
	Respeito	3	1,7	Segurança	6	2
	Vida	3	1,7	Boa	6	2
	Cuidados	3	1,7	Equilíbrio	6	2,5
				Viver	5	2,2
				Templo	5	2,2
				Viver bem	4	4,2
				Trabalho	3	2,3
				Espiritualidade	3	2,3
				Lazer	3	2,7
				União	3	2,3
				Prosperidade	3	2,7
				Gratidão	3	2,3

Fonte: A autora, 2023.

No quadrante superior esquerdo, ou núcleo central, encontram-se os termos que obtiveram maior frequência e menor ordem média de evocação, elementos mais suscetíveis de fazer parte do núcleo central de QV, constituído por “saúde”, “paz”, “fé” e “felicidade”. Em princípio, acredita-se que esses termos organizam o conjunto das demais palavras que compõem a estrutura da representação, com destaque para os termos “saúde” e “fé”, em razão de o primeiro apresentar elevada frequência (47) e ter sido mais prontamente evocado (OME < 1,93) em comparação aos elementos da primeira e da segunda periferia, com OME > 1,93.

Já “fé” tem o menor *rang* (1,4) de toda a apresentação, embora apresente menor frequência que os termos “alimentação”, “dinheiro” e “exercícios”, os quais compõem a primeira periferia. Cabe destacar que nem todos os elementos dispostos no quadrante superior esquerdo são obrigatoriamente centrais. O grupo de adeptos elaborou representações do que consideram ser o ideal, próximas às suas experiências, associando “fé” como uma configuração abstrata de temáticas sociais e elementos do inconsciente, expressando sentimentos que influenciam as atitudes.

No quadrante superior direito, em que se situa a primeira periferia, são encontrados os elementos periféricos de significativa importância na representação, em razão de exibirem alta frequência, embora tenham sido evocados mais tardiamente (SÁ, 2002). Este reuniu os termos “alimentação”, “dinheiro”, “exercício” e “família”.

Diante dos elementos presentes na primeira periferia, podemos propor que ativam uma representação condicional que se relaciona com determinantes do processo saúde-doença, diante

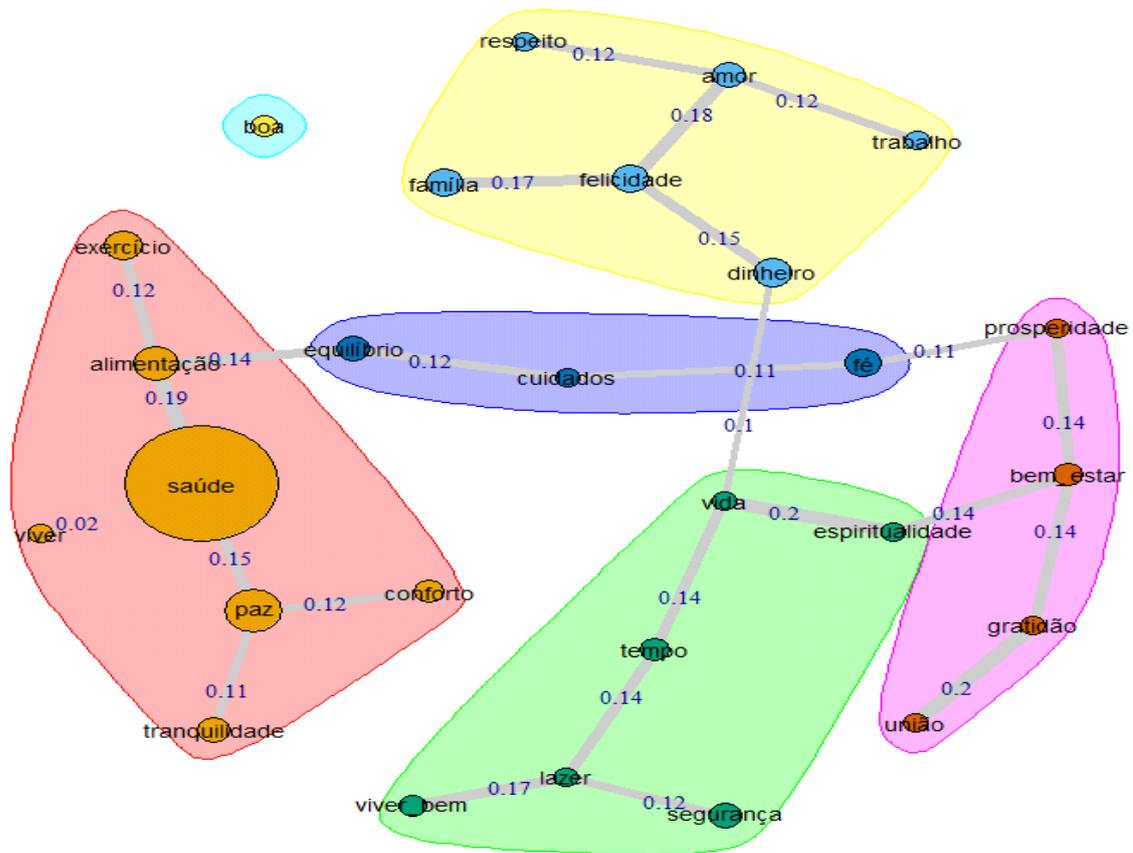
das necessidades sociais básicas que influenciam a QV e prescrevem comportamentos. Nesse quadrante, o elemento que se destaca é a “alimentação”, por mostrar maior frequência (10) que os elementos “fé” (7) e “felicidade” (7), presentes no quadrante superior esquerdo. Entretanto, em razão de sua evocação tardia ( $OME > 1,93$ ), ficou em uma posição de elemento periférico.

No quadrante inferior direito, conhecido como segunda periferia, estão os elementos evocados tardiamente e com menos frequência, os quais atuam como mediadores entre o núcleo central e a realidade no campo representacional, dada sua participação e relação com as práticas cotidianas (SÁ, 2002). Esse quadrante está composto pelos seguintes termos: “tranquilidade”, “amor”, “segurança”, “boa”, “equilíbrio”, “viver”, “templo”, “viver bem”, “trabalho”, “espiritualidade”, “lazer”, “união”, “prosperidade” e “gratidão”. Conforme Wachelke e Wolter (2011), esse quadrante traz elementos de concepções particularizadas, portanto de pequena magnitude para a representação do grupo social.

No quadrante inferior esquerdo, denominado zona de contraste, encontram-se os elementos de menor frequência e prontamente evocados (SÁ, 2002), constituídos pelos termos: “bem-estar”, “conforto”, “respeito”, “vida” e “cuidados”. Esses elementos reforçam os dispostos no núcleo central, relacionados com aspectos subjetivos que remetem a consequências atitudinais, que dizem respeito às práticas e aos tratamentos de saúde desenvolvidos na roça de candomblé.

A partir da análise prototípica e da observação do quadro de quatro casas, bem como da apresentação dos prováveis elementos do núcleo central da representação, com o objetivo de aprofundar a análise do material coletado, bem como uma compreensão mais detalhada das ligações realizadas entre os termos gerados pela evocação livre de palavras ao estímulo indutor QV, aplicou-se a técnica para análise de similitude, recorrendo a árvores de similitude por coocorrência. Essa técnica exhibe a quantidade de conexões realizadas através do índice de coocorrência entre os diferentes elementos da representação. Além disso, possibilita compreender os dados de forma mais simples e objetiva (PECORA; SÁ, 2008; SÁ, 2002).

Figura 1 – Árvore de similitude do termo indutor “qualidade de vida” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, 2023



Nota: *Software* IraMuTeQ, utilizando dados desta pesquisa, 2023.  
Fonte: A autora, 2023.

Quando se compara o quadro de quatro casas com a árvore de similitude, observa-se que os possíveis elementos centrais, como saúde, paz, felicidade e alimentação, apresentam, todos, os maiores números de conexões, ou seja, 3. No que tange aos maiores índices de similitude, destacam-se união-gratidão (0,2), vida-espiritualidade (0,2), saúde-alimentação (0,19), felicidade-amor (0,18), lazer-viver bem (0,17), felicidade-família (0,17), saúde-paz (0,15) e felicidade-dinheiro (0,17).

Pode-se observar que “saúde” e “felicidade” são os candidatos ao núcleo central, apresentando os maiores números de conexões e índices de similitude, ao passo que chamam atenção os dois binômios que têm os maiores índices de similitude de toda a análise, ou seja, união-gratidão e vida-espiritualidade, ambos com 0,2. Quando se analisam os agrupamentos de palavras propostos pelo *software*, destaca-se uma dimensão física, que inclui exercício, viver, tranquilidade, conforto, paz, alimentação e saúde, organizada por este último elemento.

A dimensão física se liga a outra, mais pragmática, por meio do termo alimentação, sendo esta constituída por “equilíbrio”, “cuidados” e “fé”. Essa dimensão se liga de maneira importante às dimensões da religiosidade, uma vez que engloba o ato relacional com o sagrado (fé), a ideia de equilíbrio, tão cara a religiões como as de matriz africana, e cuidados. Há uma dimensão do afeto e de relações, organizada ao redor dos elementos “felicidade” e “amor”, ao redor dos quais se ressaltam “família”, “dinheiro”, “trabalho” e “respeito”.

Há ainda outra dimensão ligada ao “viver”, que inclui “vida”, “templo”, “lazer”, “viver bem”, “segurança” e “espiritualidade”, organizada por “vida” e “lazer” em sua estrutura interna. Por fim, há uma quinta dimensão, que se relaciona com “bem-estar”, englobando outros elementos, como “prosperidade”, “gratidão” e “união”. Todas as dimensões são organizadas ao redor daquela considerada pragmática, dando um caráter mais prático e dinâmico à ideia de QV.

Religiosidade, espiritualidade e religião possibilitam a resiliência, ou seja, auxiliam no manejo de adversidades ou demandas que estejam relacionadas com a QV (CARRIJO *et al.*, 2022). Logo, espiritualidade e religiosidade se estabelecem como estratégias que capacitam o ser humano a enfrentar os desafios, sendo consideradas meios capazes de trazer conforto, direção e sentido à vida.

Diante desse contexto e com base na definição da OMS, pode-se compreender que as representações dos adeptos do candomblé da nação *Jeje Mahí* sobre QV se assemelham ao que a OMS propõe, em virtude de a definição de QV estar relacionada com uma avaliação pessoal do ser humano sobre sua satisfação com a vida e felicidade, ou seja, bem-estar subjetivo, que inclui tanto aspectos emocionais, quanto espirituais e de saúde. Vale lembrar que QV é um construto dividido em domínios e tem conceitos inter-relacionados, sendo a saúde apenas um deles, embora seja um diferencial e tenha sua relevância na avaliação da QV (FLECK, 2000).

Constata-se, por meio da análise, que os elementos “equilíbrio”, “cuidado” e “fé”, relacionados com valores da religiosidade pela ação humana de ter fé, são o que possibilita uma relação com o sagrado, para além da compreensão humana. Nessa direção, Koenig (2005) aponta a espiritualidade como experiências que ultrapassam e transcendem a procura pelo sagrado, por uma força superior. Apesar de não sustentar a centralidade na análise de similitude, a “fé” instrumentaliza a percepção sobre o cuidado.

Assim, a saúde é percebida como um requisito para manter o equilíbrio e, conseqüentemente, a QV. Essa é uma condição, que para os adeptos, está relacionada com a religião, motivada por um desejo ou necessidade, que, geralmente, estão ligados a divindades, a forças superiores, para guiar as ações pessoais.

Por outro lado, ao pensar a saúde de acordo com fé e religião, observa-se uma relação de proximidade pelo fato de a “fé” ser um componente fundamental para que se pratique uma religião, para o enfrentamento de uma doença, ou para alcançar saúde. O elemento “fé” também promoveu a interface entre conjuntos, pois fez ligação com “prosperidade”, que, por sua vez, está no conjunto no qual se encontram os elementos “bem-estar”, “gratidão” e “união”, que expressam uma dimensão atitudinal-condicional da ação humana.

Curiosamente, “bem-estar” faz conexão com a mesma força de ligação com outros três elementos: bem-estar-prosperidade (0,14), bem-estar-gratidão (0,14) e bem-estar-espiritualidade (0,14). Ademais, promove interface entre os conjuntos por meio do elemento “espiritualidade”, que se liga a “vida”; e esta faz conexão com “templo”, que na sequência se liga a “lazer”; enquanto este último mantém ligação com “viver bem” e “segurança”, formando uma tríade que aponta para uma dimensão afetiva, para o sentimento de comunhão com o transcendente, com o sagrado.

### 5.5 Análise prototípica das evocações livres ao termo indutor bem-estar

A análise a seguir refere os elementos que estruturam a representação social de bem-estar. Foram identificadas 300 palavras evocadas, 84 delas diferentes, com frequência média igual a 8,55, frequência mínima de 3 e OME igual a 1,92. Os dados estão listados na tabela 2, com as palavras evocadas.

Quadro 2 – Análise prototípica referente ao termo indutor “bem-estar” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023 (continua)

Elementos do núcleo central				Elementos da primeira periferia		
Freq. Med.		Freq.	OME $\leq 1,92$		Freq.	OME $> 1,92$
$\geq 8,55$	Saúde	36	1,8	Família	11	2,5
	Paz	24	1,9			
	Felicidade	21	1,7			
	Tranquilidade	14	1,5			

Quadro 2 – Análise prototípica referente ao termo indutor “bem-estar” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023 (conclusão)

Elementos da zona de contraste				Elementos da segunda periferia		
< 8,55	Amor	7	1,7	Alimentação	6	2,5
	Templo	5	1,6	Alegria	5	2,2
	Moradia	4	1,8	Harmonia	5	2,4
	Satisfação	4	1,5	Equilíbrio	5	2,6
	Conforto	4	1,2	Segurança	4	2,5
	Qualidade de vida	3	1,7	Fé	4	2,5
				Viajar	3	3,2
			Sossego	3	3,2	
			União	3	3,2	

Fonte: A autora, 2023.

Conforme o quadro 2, observa-se no quadrante superior esquerdo a presença dos elementos que possivelmente organizam a representação social de “bem-estar”. O quadrante contém os elementos prováveis de constituir o núcleo central da representação, por ter maior frequência e por serem evocados imediatamente, pelos participantes (SÁ, 1996). Nesse quadrante, estão os elementos “saúde”, “paz”, “felicidade” e “tranquilidade”, os quais têm significativa probabilidade de pertencer ao núcleo central da representação. São evocações relacionadas com aspectos positivos, sendo “saúde” uma dimensão do cuidado de saúde e “paz”, “felicidade” e tranquilidade” uma dimensão afetivo-relativa, possibilitando hipóteses de que tais sentimentos colaboram para a sensação de bem-estar.

O termo mais prontamente evocado pelos participantes foi “saúde”, apresentando frequência de 36 e OME 1,8, indicando que a presença desse elemento no núcleo central da representação social de bem-estar reflete a importância dada pelos participantes ao estado de equilíbrio do corpo humano para a vida. A presença desse elemento infere que, para os participantes, a saúde é um elemento importante para a manutenção do bem-estar.

O termo “paz” apresenta a segunda maior frequência (24), com OME de 1,9, surgindo como o segundo mais importante na representação de bem-estar para os participantes. A presença desse elemento como um possível núcleo central presume um entendimento da importância de necessidades espirituais e humanas básicas vinculadas à saúde, para desfrutar e ampliar o estado de bem-estar cotidiano. Segundo Vidal (2018), a espiritualidade pode ser definida como sentimentos e crenças profundas que incluem um estado de paz e de concepções quanto à significação e ao sentido da vida, assim como a ligação com outros, com o transcendente e estando na maioria das vezes associada à crença religiosa.

Em relação ao elemento “felicidade”, este apresenta a segunda posição no imediatismo das evocações (OME = 1,7) entre os outros elementos do núcleo central, apresentando aspectos subjetivos vinculados à emoção e à noção de viver bem. Quanto ao elemento “tranquilidade”, este foi o que no núcleo central apresentou a menor frequência (14) e a menor OME (1,5), ou seja, foi o mais prontamente evocado entre os demais que compõem esse quadrante. A presença desse elemento no provável núcleo central da RS de bem-estar remete à ideia de condição isenta de perturbação, agitação, relacionado com a manutenção da tranquilidade psíquica, mental, espiritual e social. Nesse caso, a tranquilidade aparece ligada a aspectos subjetivos, retratados por uma ideologia do grupo, que são os efeitos das práticas sobre a vida dos adeptos.

Considerando as funções do núcleo central, o elemento “tranquilidade” supõe uma representação estruturada por orientação atitudinal positiva. De acordo com Sá (2002), o núcleo central é determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas de um grupo e determinado local e momento. Desse modo, ele constitui uma base comum, compartilhada coletivamente, assegurando sua função consensual.

Os elementos periféricos, com seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos, organizam-se ao redor do núcleo central. Os quadrantes periféricos englobam elementos que não compõem o núcleo central, mas são necessários, uma vez que seus elementos são produzidos a partir de uma releitura do presente e do vivido pelo sujeito, ou seja, ancoram a representação na realidade, tornando-a imediatamente compreensível e transmissível, de modo a permitir a formulação da representação em termos concretos.

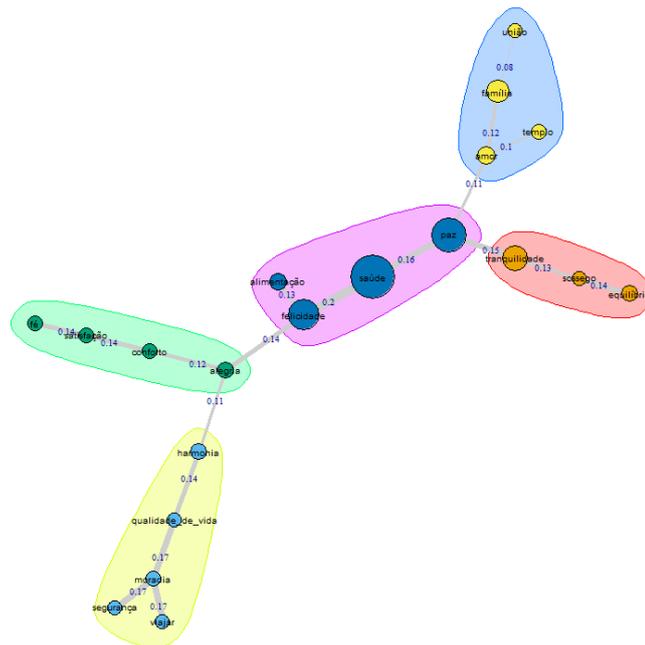
O elemento que compõe o quadrante superior direito (primeira periferia) está constituído por um único elemento, “família”. O termo expressa uma dimensão de cuidado, o cuidar do outro, visto que a família pode ser percebida como um sistema que desenvolve relações de cuidados, que vão variar conforme a cultura dos indivíduos e, não raro, com a idade. É importante notar que, no contexto do candomblé, os adeptos desenvolvem na convivência cotidiana laços afetivos familiares similares aos das famílias tradicionais. Assim, identificam-se e se organizam como uma família, à qual é dada a denominação família de santo. Nesse sentido, é comum os adeptos entenderem a importância de cuidar de seus irmãos idosos, daqueles que se encontram enfermos, dos sacerdotes (pais e mães de santo). A família de santo, a hierarquia e a estrutura da organização social do candomblé exercem analogia aos significados do sistema familiar tradicional e promovem relações sociais (COUTINHO, 2019; MANDARINO *et al.*, 2012).

O ambiente familiar, associado ao carinho, ao amor e à dedicação, minimiza o sofrimento dos aflitos, doentes e idosos. Portanto, é frequente ver pessoas buscarem nos templos de matriz africana tratamento para lidar com os males que causam sentimentos ruins, inquietações e fragilidades, os quais podem interferir em planos pessoais, familiares e profissionais, ou seja, afetar toda uma grande rede de relações sociais.

Compondo a segunda periferia, encontram-se os seguintes elementos: “alimentação”, “alegria” “harmonia”, “equilíbrio”, “segurança”, “fé”, “viajar”, “sossego”, “união”. Todos os elementos conservam sentido positivos, reforçando a atitude positiva evidenciada no núcleo central frente ao bem-estar. O termo “boa” manifesta uma dimensão avaliativa. Já os demais termos reforçam os elementos exibidos no quadrante superior esquerdo, pois estão relacionados com ações promotoras para a saúde, apresentando dimensão socioafetiva e fatores condicionantes para a promoção do bem-estar. Ademais, apresentam características funcionais, ou seja, despertam a ideia de uma dimensão prática, condicionada a atividades cotidianas.

Na zona de contraste, estão os elementos: “amor”, “templo”, “moradia”, “satisfação”, “conforto”, “qualidade de vida”, reforçando o núcleo central os elementos: “amor”, “moradia”, “satisfação”, “conforto”, “qualidade de vida”, que se caracterizam por terem dimensões afetivas (amor e conforto), imagéticas (qualidade de vida) e avaliativa (satisfação). Já o elemento “templo” refere-se ao ambiente religioso, a um espaço sagrado, portanto, se apresenta como um elemento de contraste em relação aos elementos que constituem o possível núcleo central. Adota-se como hipótese que esse elemento pertença a subgrupo representacional dentro dessa representação em que se associa o bem-estar ao templo religioso, reforçando a compreensão de família ligada à comunidade religiosa.

Figura 2 – Árvore de similitude do termo indutor de “bem-estar” (n = 100). Rio de Janeiro. RJ, 2023



Nota: *Software* IramuTeQ, utilizando dados desta pesquisa, 2023.  
 Fonte: A autora, 2023.

Ao analisar a árvore de similitude de “bem-estar”, observam-se cinco elementos que realizaram maior número de conexões (3) com outros termos da árvore máxima, quais sejam: “felicidade”, “paz”, “moradia”, “amor” e “alegria”. Em relação ao índice de similitude em ordem decrescente, destacam-se felicidade-saúde (0,2), moradia-qualidade de vida (0,17), moradia-segurança (0,17), moradia-viajar (0,17), paz-saúde (0,16) e paz-tranquilidade (0,15). Cabe destacar que o elemento “saúde”, apesar de figurar como central no quadro de quatro casas e de se conectar com “felicidade” e “paz”, fez apenas dois laços na análise de similitude. Conforme Sá (1996), a quantidade com que determinado elemento se conecta ou tem ligações com outros elementos de uma representação tem sido usada como segundo critério, além do imediatismo na evocação para probabilidade de indicação ao núcleo central.

Ao comparar o quadro de quatro casas com a árvore de similitude, observam-se dois termos que provavelmente se referem a elementos centrais da representação social sobre bem-estar, sendo eles: “felicidade” e “paz”, ambos com altas frequências (> 20) e OME < 1,92 no quadro de quatro casas, com 3 conexões na árvore de similitude e significativo índice em relação à força de conexões. O elemento “felicidade” apresenta três ligações e o índice de maior valor da análise, ao fazer conexão com “saúde” (0,2); de modo semelhante, “paz” se liga a outros dois elementos, entretanto, apresenta maior índice de similitude (0,16), ao se ligar a “saúde”.

Pode-se observar que “felicidade”, “paz” e “saúde” são os candidatos ao núcleo central, posto que “felicidade” tem o maior índice de similitude, e “paz”, o terceiro maior índice, porém com três ligações, ao passo que “saúde” figura como central, mas fez apenas duas ligações. Todavia, desperta atenção a tríade que tem o segundo maior índice de similitude da análise, quais sejam: moradia-qualidade de vida, moradia-segurança e moradia-viajar, os três com paridade na força de ligação (0,17). Quando se analisam os agrupamentos de palavras propostos pelo *software* IRaMuTeQ, destaca-se uma dimensão afetiva, que inclui “felicidade” e “paz”, organizada pelo elemento “saúde”. Essas dimensões dependem do ponto de vista do indivíduo, favorecendo os ambientes relacionados com as experiências de saúde dos envolvidos.

A dimensão organizada pelo elemento “saúde”, que engloba questões práticas, como alimentação, e afetivas, como felicidade e paz, liga-se a outra mais individual e avaliativa por meio do termo “alegria”, que se conecta a “conforto”, “satisfação” e “fé”. Chama atenção ainda o modo como esse grupo de elementos se liga a outro que tem a QV como elemento organizador, por meio do léxico “harmonia”, com ressalva para “moradia”, que se liga a “segurança” e “viajar”.

Há uma dimensão do afeto e de relações comunitárias, organizada pelo elemento “amor” e formada pelos elementos “família”, “templo” e “união”, dos quais se ressalta a ideia relacionada com a convivência em grupo, vivenciada como espaço de família nas comunidades de candomblé.

Há ainda outro agrupamento, que se relaciona ao bem-estar, contendo os elementos “tranquilidade”, “sossego” e “equilíbrio”. Por fim, esses agrupamentos são organizados e ligados em torno daquele considerado prático, dando um caráter mais dinâmico ao sentido de bem-estar.

Ao comparar os quadros de quatro casas, no que diz respeito aos elementos que emergiram como candidatos ao núcleo central das representações de QV e bem-estar, evidencia-se que os dois quadrantes têm em comum os elementos “saúde”, “paz”, “felicidade”. No entanto, também se destaca o elemento “família”, presente nas primeiras periferias de ambos. Contudo, na representação de QV, o elemento “família” apresenta comportamento de elemento central pela elevada frequência e pela proximidade que mantém com os outros elementos presentes no quadrante do núcleo central.

Os problemas afetivos por vezes estão ligados a questões familiares, à dependência, à perda de dignidade e à solidão, condições que influenciam a QV dos indivíduos e que geralmente os levam a procurar apoio nos templos religiosos, uma vez que a comunidade

religiosa tem potencial para atuar como família, estimulando a esperança e a resiliência. A família é o ponto de apoio para os momentos difíceis, uma vez que, em tese, seria o firmamento do ser humano (COUTINHO, 2019; MANDARINO *et al.*, 2012).

O elemento “saúde” tem uma característica funcional e está associado à felicidade. Observa-se que, para o grupo, a ideia de saúde é negociável, uma vez que estar rodeado de elementos positivos que tendem a gerar benefícios ao estado de saúde físico e mental, assim como à “paz” e à “tranquilidade”, pode contribuir para o bem-estar e, conseqüentemente, para a QV. Bello *et al.* (2008) compararam práticas da umbanda e do candomblé e destacaram que os indivíduos procuram esses templos para pedir ajuda por três motivos: resolver problemas afetivos ou familiares, melhorar a situação financeira ou profissional e curar doenças.

### 5.6 Análise prototípica das evocações livres ao termo indutor tratamento religioso

Os resultados apresentados são decorrentes da análise lexical pelo *software* IRaMuTeQ das respostas às evocações livres com o termo indutor “tratamento religioso no candomblé da nação *Jeje Mahi*” através do questionário aplicado por meio de *link* de acesso digital. As evocações livres dos cem participantes ao termo indutor resultaram no total de 306 palavras, e destas 23 foram diferentes. Os pontos de corte definidos para análise foram frequência mínima de 3, média de 8 e OME de 1,92.

Quadro 3 – Análise prototípica referente ao termo indutor “tratamento religioso no candomblé da nação *Jeje Mahi*” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023 (continua)

Elementos do núcleo central				Elementos da primeira periferia		
		Freq.	OME ≤ 1,91		Freq.	OME > 1,91
≥7,87	Fé	21	1,6	Amor	22	2,2
	Respeito	19	1,4	Cura	10	2,1
	Hierarquia	13	1,7	Família	8	2,2
	Cuidado	12	1,9			
	Ancestralidade	10	1,9			
	<i>Ebó</i>	8	1,5			

Quadro 3 – Análise prototípica referente ao termo indutor “tratamento religioso no candomblé da nação *Jeje Mahî*” (n = 100). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023 (conclusão)

Elementos da zona de contraste				Elementos da segunda periferia		
		Freq.	OME ≤ 1,91		Freq.	OME > 1,91
< 7,87	Sacerdote	6	1,8	<i>Vodún</i>	7	2,1
	Paz	5	1,8	Simplicidade	5	2,4
	Equilíbrio	3	1,3	Axé	5	5,2
	Aprendizado	3	1,7	Saúde	5	2,4
				Compromisso	4	2,2
				Irmandade	3	2,7
				Disciplina	3	2,3
				<i>Borí</i>	3	2,3
				Responsabilidade	3	3,2
				Humildade	3	2,3

Fonte: A autora, 2023.

O quadro 3 mostra os resultados da análise prototípica ao termo indutor “tratamento religioso no candomblé da nação *Jeje Mahî*”. Os elementos que provavelmente constituem o núcleo central da representação são: “fé”, “respeito”, “hierarquia”, “cuidado”, “ancestralidade” e “*ebó*”, todos com frequência maior que 8 e OME < 1,91. Dessa maneira, é a parte mais estável dessa representação e mais resistente a mudanças (SÁ, 1996). Os elementos “amor” (22) e “fé” (21) tiveram a maior frequência do quadro, entretanto, os elementos mais prontamente evocados foram “respeito” (OME = 1,4) e “*ebó*” (OME = 1,5). As elevadas frequências dos elementos “fé” e “respeito” com baixa OME sugerem que eles são estáveis e constantes e provavelmente formam o núcleo central da representação (WACHELKE; WOLTER, 2011).

As representações são estruturadas em torno de um núcleo central por expressarem um pensamento social, contendo uma quantidade de crenças pouco possíveis de ser questionadas. O núcleo central é uma base consensual decorrente da memória coletiva do grupo e do sistema de normas e valores à qual o grupo se refere (ABRIC, 2003; SÁ, 1996).

Observa-se que a representação do tratamento religioso para esse grupo tem uma dimensão transcendente, concretizada no elemento “ancestralidade” da dimensão da crença; na expressão “fé” da dimensão afetiva; na palavra “respeito”; e na dimensão institucional da religião, por meio do léxico “hierarquia”. Há ainda uma dimensão prática no que tange ao “*ebó*” como prática de tratamento, uma forma de cuidado com a saúde, concretizado por cura.

A transcendência pela ancestralidade pode ser percebida como uma parte complexa e multidimensional da existência humana, contendo compreensões cognitivas e comportamentais, que abrange experiências emocionais como amor, conexão interna, paz,

conforto e suporte familiar. Em suma, os aspectos atitudinais são formas de uma pessoa manifestar suas relações e expressar crenças espirituais individuais, que pode ser por intermédio uma religião ou de um relacionamento com o divino (KOENIG, 2012). No caso do candomblé da nação *Jeje*, o divino é representado pelos *vodúns* e pela ancestralidade, tendo como base a hierarquia e o respeito.

O sistema periférico de uma representação tem duas periferias, a primeira e a segunda, e essas, de acordo com Abric (2003), suportam a heterogeneidade, possibilitam a interface entre a realidade concreta e o sistema central, e por meio dessa área de interação promove a proteção do núcleo central. Em outras palavras, o sistema periférico é complemento essencial do núcleo central, pois o protege, atualiza e contextualiza regularmente suas normativas, permitindo uma distinção em relação às experiências cotidianas nas quais os indivíduos estão inseridos.

No que se refere à primeira periferia, o elemento “amor”, embora esteja nesse quadrante, apresenta a maior frequência de toda a análise. Convém ressaltar que a primeira periferia abriga elementos relevantes em razão de suas elevadas frequências e por vezes podem ocupar uma posição central (NOGUEIRA, 2019), o que pode ser na representação em tela a situação do elemento “amor”. Ainda na primeira periferia encontram-se os elementos “cura” e “família”. Os elementos dessa periferia despertam atenção, uma vez que configuram um suporte que mantém expectativas e faz referência a um vínculo afetivo com a expectativa de apoio, enfrentamento às doenças e cuidado com o outro.

Identifica-se, dessa maneira, que os adeptos pensam a representação do tratamento religioso composta primordialmente pela dimensão afetiva por meio do sentimento partilhado como prática de fé, de amor ao *vodún* e ao próximo, em um relacionamento que envolve respeito, cuidado, sentimento afetuoso à família religiosa e à comunidade, e conforto espiritual com o entendimento de que fazer o bem e ajudar ao outro é uma forma de amar.

No quadrante inferior direito, ou segunda periferia da representação, encontram-se os elementos com a menor frequência e OME > 1,91, pois foram tardiamente evocados. Esses estão mais propensos a mudanças, relacionam-se com a vida cotidiana, sendo eles: “*vodún*”, “simplicidade”, “*axé*”, “saúde”, “compromisso”, “irmandade”, “disciplina”, “*bori*”, “responsabilidade”, “humildade”. A segunda periferia manifesta elementos representacionais associados às práticas sociais, à realidade habitual, no contexto recorrente de vida, assim, sendo mais instável e consentindo na inconstância da representação (NOGUEIRA, 2019).

Os participantes evocaram o termo “fé”, que se volta para uma relação de significado ao acreditarem na existência de algo sobrenatural que os auxiliem nos momentos difíceis de

suas vidas, para dar-lhes força no enfrentamento dos problemas. O termo fé remete a uma importante fonte de suporte, relacionando-se com respeito a um ser superior que promove a cura por meio da interface entre respeito, hierarquia, cuidados, crenças e rituais. Está relacionado com crer sem desconfiar; é acreditar na resolução por meio da fé e da esperança, de modo a encontrar conforto, força e cura. Relaciona-se, assim, com o elemento *vodún* da segunda periferia, as divindades que agem na cosmologia *Jeje Mahí*.

Com base no estudo de Nogueira (2019), percebe-se que a fé possibilita a compreensão do caminho da vida, a fé antropológica estrutura a existência humana e capacita as pessoas a estabelecer valores e viver por eles. Desse modo, a fé promove um equilíbrio saudável entre os valores racionais e emocionais, condição que favorece emergência de força, o que os ajuda a construir vidas significativas.

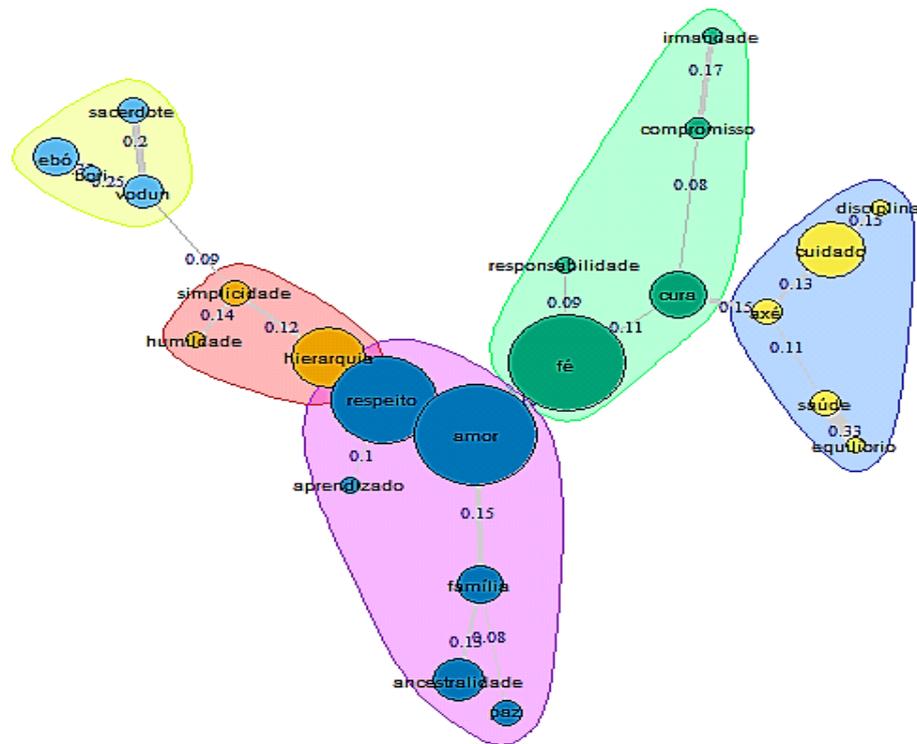
Desse modo, a prática da fé configura-se como uma opção humana, possibilitando direcionar atitudes a um fim específico. É uma escolha longa, que pode ser aprofundada, modificada ou mesmo substituída. Logo, é uma opção cuja característica é a liberdade responsável, encontrando-se embasada no respeito.

Na zona de contraste, encontram-se os elementos: “sacerdote”, “paz”, “equilíbrio” e “aprendizado”. Esses foram prontamente evocados, porém apresentaram baixas frequências. De acordo com Oliveira (2013), apesar de uma frequência baixa, os elementos da zona de contraste podem demonstrar variações na centralidade da representação para grupos específicos, podendo sugerir a existência de um subgrupo populacional a partir dos termos evocados presentes nesse quadrante. Ainda com relação à análise dos elementos contidos na zona de contraste da representação em pauta, observa-se um comportamento permitindo inferir que os elementos presentes no quadrante reforçam os elementos do núcleo central.

A fim de compreender as relações e as conexões estabelecidas entre os elementos do quadro 3, optou-se por fazer a análise de similitude com a construção de uma árvore de similitude, tendo em vista que a árvore possibilita identificar a conexão dos diferentes elementos da representação de modo mais fácil.

Analisando os dados na figura 3 a partir do postulado pela teoria do núcleo central (ABRIC, 1994), identifica-se que os elementos “amor” e “fé” organizam a estrutura da representação social do tratamento religioso no candomblé da nação *Jeje Mahí*.

Figura 3 – Árvore de similitude do termo indutor “tratamento religioso no candomblé da nação *Jeje Mahê*”. Rio de Janeiro, RJ, 2023 (n = 100)



Nota: *Software* IramuTeQ, utilizando dados desta pesquisa, 2023.  
Fonte: A autora, 2023.

Na árvore de similitude do “tratamento religioso”, pode-se observar uma ligação significativa entre os elementos “amor”, “fé” e “respeito”. O amor parece ser o elemento que reúne os demais, apesar de ter ficado na primeira periferia no quadro de quatro casas da análise prototípica.

Como prenunciado no quadro de quatro casas, os elementos “fé” e “respeito” parecem se configurar, de modo mais forte, como elementos centrais da representação, pois foram os que mais estabelecem conexões. No entanto, o “amor” tem sua relevância novamente destacada ao apresentar maiores índices de similitude com “fé” (0,16) e “família” (0,15). A “fé”, por sua vez, obteve maiores índices de similitude com “amor” (0,16), “cura” (0,11) e “responsabilidade” (0,09). Ao analisar a conexidade entre os elementos, bem como sua força de ligação, observa-se uma relação condicional de grande importância para o grupo, expressa pela forte ligação entre os elementos amor e “fé” (0,16), mas conferindo também um caráter afetivo de dimensão prática, identificado nas ligações entre “amor” e “respeito”, “fé” e “responsabilidade” e “fé” e “cura” (0,11).

Essas ligações mostram uma prática efetiva da comunidade *Jeje Mahí* com o fiel, representando uma comunidade que acolhe, que cuida. O amor remete à relação respeitosa e afetiva do fiel com a divindade e da comunidade com o fiel como espaço de família. A conexão de respeito com hierarquia expressa uma dimensão do sagrado e remete à estrutura do templo religioso, um misto de afeto com prática.

Cabe destacar as ligações estabelecidas de *vodún-borí* (0,25) e *vodún-sacerdote* (0,2), demonstrando uma dimensão prática do cuidado religioso, assim como a ligação de “*borí*” com “*ebó*” (0,18), certificando e concretizando uma prática de cuidado que, com frequência, acontece nas comunidades de candomblé, por ser o *ebó* e o *borí* dois dos primeiros tratamentos a serem feitos nas pessoas doentes ou acometidas por algum sofrimento. Entretanto, interessa observar a conexão de “respeito” com “hierarquia”, de “hierarquia”, que se liga a “simplicidade”, que se liga a “*vodún*”, que está conectado a “sacerdote”. As ligações permitem reforçar a ideia de centralidade do elemento “respeito”, que figurou no quadro de quatro casas como candidatos ao núcleo central. Observam-se nessas ligações características que fazem prevalecer a suposição de meritocracia, de aprendizado, para obter o que se deseja do sagrado.

Percebe-se, dessa forma, a comunicação entre múltiplas dimensões da representação, baseadas nas construções sociocognitiva, afetiva, prática e condicional que o grupo demonstra diante do tratamento religioso no candomblé *Jeje Mahí*. No que tange às conexões realizadas entre “fé” e “responsabilidade” (0,09), “cura” e “compromisso” (0,08), e “compromisso” e “irmandade” (0,17), estas caracterizam o paradigma que destaca a fé na tradição do candomblé, como o compromisso e o pertencimento, bem com os espaços de manutenção da saúde, de organização e de rede de suporte. Desse modo, descrevem Farias *et al.* (2016) que o candomblé é um ambiente que proporciona acolhimento e tratamento, fazendo parte de uma rede de apoio à saúde para pessoas doentes, ajudando-as a se recuperarem e a serem mais bem-sucedidas nos tratamentos biomédicos.

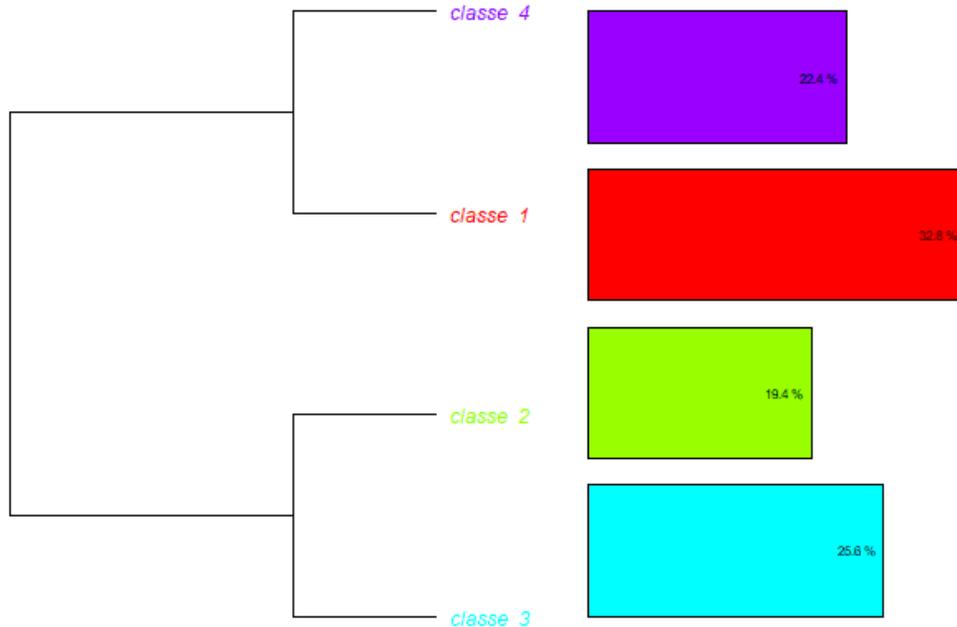
Evidencia-se uma dimensão ligada à “cura” que inclui “axé”, “cuidado”, “disciplina”, “saúde” e “equilíbrio”, organizada por “axé”, em uma estrutura interna que sustenta uma construção cognitiva sobre os resultados do tratamento religioso. O candomblé oferece rituais para tratar a saúde física, mental e espiritual, além de cultivar a cultura da fé, com o objetivo de melhorar o equilíbrio do estado emocional e de incentivar o enfrentamento. Para isso, usa os conhecimentos e as práticas das tradições africanas, ou seja, os tratamentos religiosos que perduram por gerações e se mantêm entre os membros da comunidade, saberes ritualísticos para a aquisição do axé, força vital que proporciona saúde (FARIAS *et al.*, 2016).

## 6 ANÁLISE PROCESSUAL DOS CONTEÚDOS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO TRATAMENTO RELIGIOSO E REPERCUSSÕES DESTE NA QUALIDADE DE VIDA DOS ADEPTOS DA NAÇÃO *JEJE MAHÍ*

Neste capítulo, são revelados os resultados alcançados com a análise de conteúdo. O conjunto de dados compreende 25 entrevistas, as quais foram processadas e analisadas pelo *software* IRaMuTeQ, o que resultou em 3.394 segmentos de texto; destes, 3.079 foram analisados. Este estudo alcançou aproveitamento de 90,72% do *corpus*, o que é considerado, na literatura, como um bom nível de aproveitamento, já que o parâmetro é de 75% (SOUZA *et al.*, 2018). Foram identificadas 7.906 formas, com 117.465 ocorrências. A lematização de palavras resultou em um total de 4.699, com 3.358 formas ativas de palavras de frequência  $\geq 3$ :1.413, e 1.326 formas complementares. Após dimensionar os segmentos de texto, classificados pelos vocabulários com três linhas em média, na CHD foram formadas quatro classes de diferentes segmentos de texto (figura 4), exibidas por um dendograma produzido pelo *software*.

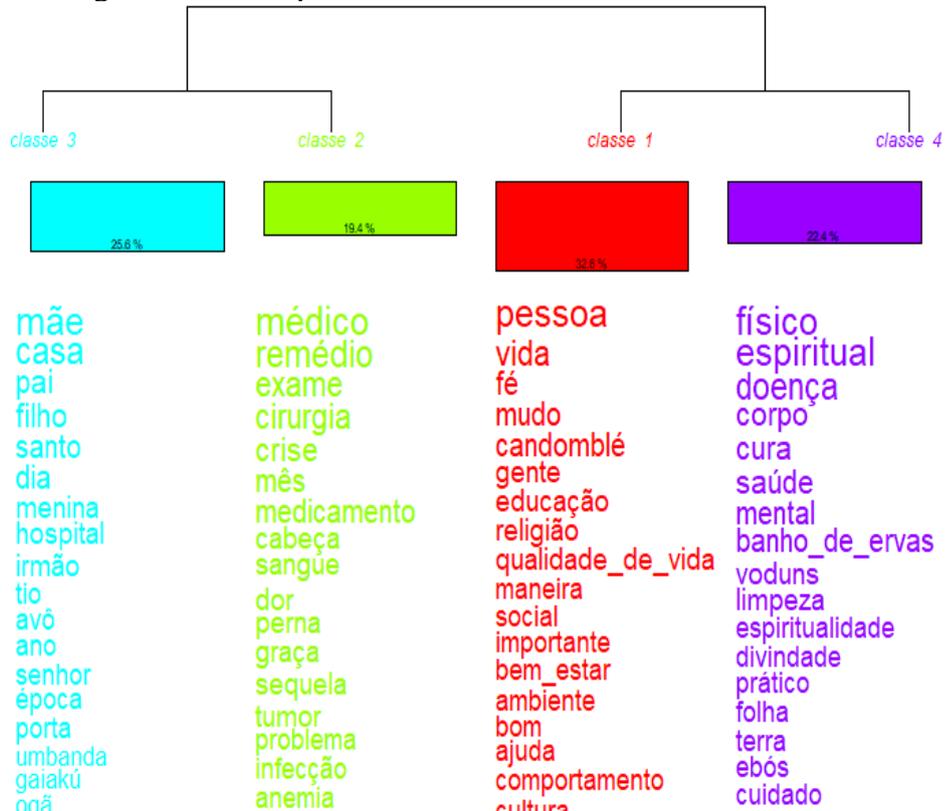
A classificação hierárquica mostra o *corpus* dividido em grupos (classes) de unidades de contexto elementares (UCEs), conforme a homogeneidade interna e a heterogeneidade externa, expressas na divisão do dendograma. Os conteúdos vistos em cada classe revelam uma coerência que justifica as divisões do material, conforme as declarações dos indivíduos em relação ao tema. Assim, as UCEs expressam semelhanças quanto aos conteúdos analisados, segundo o conhecimento e a pertença social do grupo que divide suas crenças, práticas e comportamento. Como mostra o dendograma, ocorreu uma divisão do *corpus* em dois eixos: o eixo 1 originou as classes 4 e 1, e o eixo 2, as classes 2 e 3.

Figura 4 – Dendograma de CHD. Rio de Janeiro, RJ, 2023



Nota: *Software* IraMuTeQ, utilizando dados desta pesquisa, 2023.  
 Fonte: A autora, 2023.

Figura 5 – Dendograma de CHD por conteúdos semânticos. Rio de Janeiro, RJ, 2023



Nota: *Software* IraMuTeQ, utilizando dados desta pesquisa, 2023.  
 Fonte: A autora, 2023.

As classes criadas pelo *software* são visões de mundo ou imagens perceptivo-cognitivas que podem apresentar diferentes representações sociais, campos de visão sobre determinado objeto ou simplesmente diferentes facetas de uma única representação. A análise considera palavras com sentido que revelam um mundo de significados a ser explorado, composto de ideias e representações, por meio de uma combinação de objetos simples que podem ser descritos por uma classe de enunciados no texto (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Ao analisar os conteúdos de cada classe, que têm relação com sua raiz semântica e que estão ligados à classe por meio do cálculo qui-quadrado, é possível compreender o contexto em que estão inseridos, o que possibilita interpretar a classe individualmente, as relações entre as classes e o material em seu conjunto.

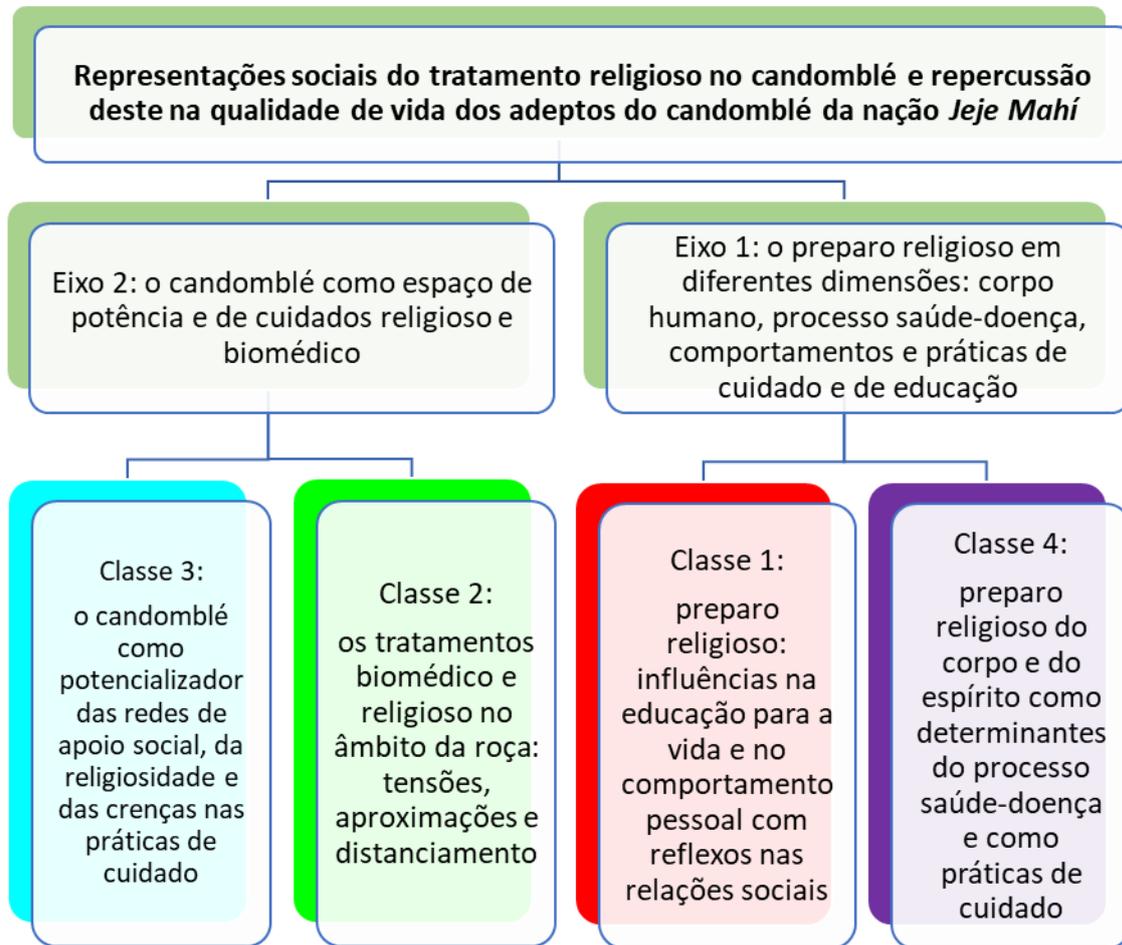
As classes que surgiram da análise de *cluster* foram, então, nomeadas conforme o conjunto de significados que pertencem a cada uma e de acordo com suas particularidades e organização nas divisões. Assim, as classes apresentadas na CHD foram rotuladas conforme seu universo semântico:

- a) Classe 4 – preparo religioso do corpo e do espírito como determinantes do processo saúde-doença e como práticas de cuidado.
- b) Classe 1 – preparo religioso: influências na educação para a vida e no comportamento pessoal com reflexos nas relações sociais.
- c) Classe 2 – os tratamentos biomédico e religioso no âmbito da roça: tensões, aproximações e distanciamentos.
- d) Classe 3 – no candomblé como potencializador das redes de apoio social, da religiosidade e das crenças nas práticas de cuidado.

As classes e categorias surgiram da análise do IRaMuTeQ e incluem as representações sobre os tratamentos religiosos e o impacto destes na QV dos entrevistados. Assim, a descrição dessas classes, categorias e conteúdo será realizada conforme a ordem gerada pelo *software*.

Como mostra o dendograma de eixos (figura 6), com a análise efetuada pelo IRaMuTeQ, ocorreu a divisão do *corpus* em dois eixos. O primeiro eixo estabelece uma relação entre as classes 4 e 1, nomeado: o preparo religioso em diferentes dimensões: corpo humano, processo saúde-doença, comportamentos e práticas de cuidado e de educação. Já o segundo eixo, denominado o candomblé como espaço de potência e de cuidados religioso e biomédico, agrupa as classes 2 e 3.

Figura 6 – Dendograma de eixos. Rio de Janeiro, RJ, 2023



Fonte: A autora, 2023.

### 6.1 Eixo 1 – o preparo religioso em diferentes dimensões: corpo humano, processo saúde-doença, comportamentos e práticas de cuidado e de educação

As classes desse eixo apontam para práticas educativas, tratamento religioso e sua relação com habilidades sociais e QV, podendo estar relacionadas com a capacidade funcional, o estado emocional, a interação social e a atividade intelectual. Os conhecimentos adquiridos nas roças, apesar de diferirem das realidades técnicas e científicas, podem ser compreendidos como educação não formal, o que permite a interação e a difusão de saberes, para entender e respeitar o indivíduo em sua totalidade (BARBOSA *et al.*, 2018; PAZ *et al.*, 2015).

### 6.1.1 Classe 4 – preparo religioso do corpo e do espírito como determinantes do processo saúde-doença e como práticas de cuidado

A classe 4 concentra 690 UCEs do conjunto de 3.079, contabilizando 22,41%. Demonstra associações relevantes com as variáveis propostas pelo estudo. Essa classe apresenta conteúdos que evidenciam a importância da dimensão espiritual para o grupo estudado, em relação à associação da terapêutica religiosa com o biomédico, com o propósito obter forças para tratar a doença. As palavras mais presentes nessa classe foram: “físico” ( $x^2$ : 267.95), “espiritual” ( $x^2$ : 255.68), “doença” ( $x^2$ : 216.65), “corpo” ( $x^2$ : 141.71), “cura” ( $x^2$ : 135.46) e “saúde” ( $x^2$ : 127.64).

No que diz respeito ao atendimento de saúde à população de terreiro, é necessário que os profissionais de saúde compreendam que eles têm um modelo próprio de cuidado e de atenção à saúde, determinado por conhecimentos diversificados e pelo modo de ver o mundo.

A promoção, a prevenção e a recuperação em saúde dessa população precisam ser compreendidas na ótica da cultura afro-brasileira e com os saberes afrocentrados. A maneira como os povos de candomblé enxerga o mundo e suas relações é chamada de cosmovisão africana. Está retrata os ideais que norteiam sua estrutura social, os princípios e as maneiras de ver e compreender o mundo. O candomblé é dinâmico, construído com tradição, cultura oral, ressignificações criativas, mitos e ritos da tradição africana. A cultura define maneiras de cuidado à sua saúde e à do outro, vinculando as práticas de saúde com os credos religiosos, em uma relação direta com a espiritualidade, a partir de seu contexto sociocultural (FARIAS *et al.*, 2016; PAZ *et al.*, 2015).

Os elementos principais da cosmovisão são: o Universo (tem o invisível, que consiste na manifestação do sagrado); o axé (a força de existir e criar, um suporte comum para todas as coisas se conectarem); a palavra (envolvida na oralidade produtora de energia); a pessoa; a socialização; a morte (em que o indivíduo morto passa para o plano dos ancestrais divinizados, reforçando o axé da comunidade); e, finalmente, porém não por último, os ancestrais (os quais emanam axé para comunidade de candomblé). Essas comunidades entendem a saúde como o equilíbrio do axé, portanto os sacerdotes e sacerdotisas fazem rituais de cuidado físico, mental e espiritual, e cultuam a fé, para promover suporte emocional, enfrentamento, saúde e bem-estar, vislumbrando a melhoria da QV. Os rituais têm várias finalidades, porém os mais procurados são os rituais para tratar a saúde.

Para ter saúde é preciso cuidar do espiritual, do mental, do físico, tem que cuidar. Se está com o físico bom, com a mente boa e equilibrada, vai ter saúde. (E-20; feminino; *score*: 818.80).

O culto à cabeça arrola vários elementos e significados. A cabeça, para a religião, não é apenas parte anatômica, tanto que é a mais protegida do corpo. A cabeça é a única estrutura do corpo desprovida de amplos movimentos, visto que nessa estrutura os ossos são fundidos, e apenas a mandíbula tem movimento. Para o candomblé, a cabeça é uma estrutura muito preciosa e supostamente a mais importante. Posto que o *orí*<sup>9</sup> (cabeça, em *iorubá-Ketu*) ou *itá* (cabeça, em *fon-Jeje*) é o lar da inteligência, da memória, das emoções, do consciente e do inconsciente. Isso nos guia.

O controle das emoções, a predisposição para ajudar o próximo ou o egoísmo são características que o perfil humano tem e que o definem como pessoa. Assim, uma pessoa que faz boas escolhas e opta por ser bondosa poderá ter um futuro melhor. A cabeça consegue criar representações maiores do que se possa imaginar. A cabeça funciona até depois da morte; a matéria fica inerte. No entanto, ainda que a vida seja interrompida, a cabeça consegue pensar, escolher, amar e odiar. A diferença é que, após a morte, os sentidos são imateriais, o que quer dizer que a ancestralidade é eterna (JAGUN, 2015). Logo, o culto a “*orí*” é um dos tratamentos mais utilizados no candomblé, porque, se o “*orí*” está doente, a vida também ficará. *Orí* é *vodún* pessoal, em toda a sua força e grandeza, e refere-se à espiritualidade e ao destino. A importância do culto à cabeça para os participantes pode ser identificada na fala a seguir:

[...] a cabeça bem cuidada, o “*orí*”, para que o corpo todo fique harmonioso, fique com boa energia para afastar as doenças. Quando a doença chega, ela não consegue entrar, ela não consegue, porque o corpo está forte, com saúde física e com saúde espiritual. (E-07; feminino; *score*: 1062.75).

Os terreiros são importantes na promoção da saúde, como práticas terapêuticas alternativas religiosas, em que a ancestralidade do corpo é central na união de forças para manter equilíbrio. Na tradição afro, o corpo liga o humano ao sagrado, ele é a sede do *vodún* e transmite o axé (MANDARINO; GOMBERG, 2013). Ainda de acordo com esses autores, o corpo é expressão dos elementos de uma sociedade por meio de seus movimentos e gestos; as animações corporais exibem valores e princípios étnicos. Na cosmogonia do candomblé, a

---

<sup>9</sup> *Orí* é composto por força de vontade, consciência, personalidade e tantos outros aspectos. Não há uma palavra ou expressão para definir *orí* em sua essência, é preciso pensar de forma holística (RIOS, 2010). *Orí* expressa a existência. Abimbola (2011 [1981]) e Sales (2021) apontam que “*orí*” tem vários significados, como: *orí* (destino), *orí* (a cabeça interior), que tem sua contraparte na cabeça física. *Orí* significa cabeça somente quando o assunto é o corpo. *Orí* cabeça é a essência do ser e de sua existência, representada pela divindade *orí*, divindade pessoal (RAIMUNDO; HINKE, 2022).

doença é o extremo da desarmonia. Logo, a ausência de equilíbrio é percebida quando um indivíduo apresenta um comportamento divergente das crenças do grupo. O conceito de saúde, nas religiões afro-brasileiras, é mais amplo que o bem-estar físico e aparece como um guia de conduta que os iniciados recebem para seus comportamentos individuais (MANDARINO; GOMBERG, 2013).

Nesse contexto, Rabelo (1993) destaca que, no candomblé, a moléstia surge da ação danosa de outros sujeitos e/ou de entidades sobrenaturais; se a pessoa se deprime como consequência dessa ação, é porque seu organismo está frágil, suscetível ao ambiente. A cura é uma dinâmica de negociação para alcançar equilíbrio espiritual e fortalecer o indivíduo com o sagrado, prevenindo ou tratando, desse modo, as doenças. Nesse âmbito, inserem-se os variados cuidados e tratamentos, considerando o aspecto do fenômeno religioso e a busca da espiritualidade, evidenciados nos discursos dos adeptos entrevistados.

Eu acredito que a saúde física também venha da saúde espiritual, a saúde espiritual que provoca também a saúde física. Você, com boa saúde do corpo, se a cabeça estiver forte, quando eu falo a cabeça, é porque é na cabeça que está o espiritual. (E-07; masculino; *score*: 795.03).

Eu disse esses dias atrás, se nós fôssemos abrir a boca para dizer quantos milagres e quantas conquistas tivemos no candomblé, as pessoas não acreditariam. A palavra que vem à minha mente quando ouço tratamento religioso no *Jeje Mahí*, vejo um tratamento de espírito de corpo físico e espiritual. (E-01; masculino; *score*: 753.05).

As doenças físicas são sempre reflexo de uma doença espiritual, é a manifestação de desequilíbrios espirituais que não foram tratados no período adequado, tanto as questões mentais quanto as psicológicas e físicas [...]. (E-12, masculino; *score*: 907.98).

[...] na força do espiritual que pode curar a doença física, foi o espiritual que curou a doença física, passei a ter mais fé ainda, acabou que os trabalhos espirituais que passei a fazer para outras pessoas [...]. (E-07; masculino; *score*: 752.31).

O médico vai cuidar da parte da saúde física e deve continuar cuidando da parte espiritual para sintonizar, harmonizar a saúde com a medicina oficial e a medicina espiritual, porque tem que procurar cuidar da espiritualidade, conciliar as duas coisas. (E-07; masculino; *score*: 733.99).

Se é uma origem espiritual ou se é origem física, mesmo do corpo, uma doença do corpo, se ela for espiritual, a gente vai fazer trabalhos espirituais para curar, melhorar, apaziguar ou estabilizar essa doença. O ideal seria apurar, se for do corpo encaminho, vai ao médico tratar cuidar. (E-07; masculino; *score*: 888.36).

Embora esteja com obesidade grau 2, tenho uma consciência melhor de como devo cuidar da minha saúde física e mental, a influência divina do *vodún* em relação à cura, penso na sacralidade em uma ideia de metafísica. (E-05; masculino; *score*: 701.49).

Vejo a doença dessas 2 formas, eu vejo doença física e doença espiritual, vejo a doença como algo que vai consumir a pessoa se ela não tratar. Vejo a doença como

devorador que se não for tratada vai consumir a pessoa. (E-01, masculino; *score*: 747.17).

O candomblé explica a doença usando uma lógica narrativa que ajuda o adepto a relacionar sua experiência cotidiana com os fatos e sentimentos.

Depende muito de que doença é; se sinto que essa doença é espiritual, vou procurar a roça, vou procurar um sacerdote amigo de minha confiança; se sinto ser alguma dor física que realmente está me incomodando diariamente, vou procurar um médico. (E-01; masculino; *score*: 740.28).

[...] porque não fico com a fixação e maluquice que tudo o religioso vai resolver, temos doenças físicas, não é só espiritual, fiquei doente, recorro primeiro ao pensamento, solicito ajuda ao santo, converso com o santo. (E-11; feminino; *score*: 761.22).

A gente pede muito para livrar da doença, o candomblé é muito ligado à doença, ao corpo físico, a doença psicológica e mental, tudo é muito ligado, para não trazer a doença. (E-07; masculino; *score*: 759.42).

Para melhorar a saúde, é preciso seguir uma série de prescrições relacionadas com os rituais, as quais são estabelecidas por um oráculo. Normalmente, o tratamento tem início com banho de ervas. Cabe ressaltar que, para adquirir as folhas sagradas, também existe ritual.

Dessa forma, o ritual das plantas, do recolhimento, até o preparo e emprego, é um processo sacrificial, pois a vida de um (planta) é ceifada para a vida de outrem (o enfermo). O sangue verde, essência vital da planta, nutre e fortalece a relação com o sagrado, transportando os pedidos e as gratidões. Todas as plantas ficam sob os cuidados do *vodún Agué*.<sup>10</sup> As plantas são carregadas de axé, pertencem à natureza; seu sacrifício é dotado de ritualística e funciona como um sistema para permitir distribuir e redistribuir axé. Assim, é necessário pedir autorização para fazer a colheita da planta para o sacrifício; além disso, existe horário e propósito para colhê-la, cânticos e rezas específicas de invocação para o sagrado contido nelas. As plantas, no candomblé, são chamadas de ervas sagradas, utilizadas para preparação de banho, infusões, chá, *atim*,<sup>11</sup> compressas e demais rituais. No relato dos participantes, é possível observar a importância das ervas para tratamentos diversos.

Para prevenção da minha saúde, uso ervas, tomo muito banho de ervas, faço chá, erva macerada e bebo, porque previne várias doenças, até doenças espirituais. E nisso movimentando o corpo, fazendo alguma coisa, porque corpo e mente parada é um portal para a negatividade. (E-03; masculino; *score*: 949.53).

<sup>10</sup> Agué é o *vodún* protetor das florestas, representado pelas folhas, o poder mágico das plantas e vegetais, a medicina na terra por meio das plantas.

<sup>11</sup> *Atim* é um pó preparado com favas, folhas, elementos minerais e ritualística própria. Utiliza-se para diversos fins, como proteção, abertura de caminhos ou limpeza do corpo etc.

[...] como cuidado coletivo para prevenção de doenças todos adotam principalmente banho de ervas como um cuidado de saúde; assim que entra na roça, a primeira providência, antes de falar com qualquer pessoa, é tomar banho de ervas, para tirar, deixar [o que] venha trazendo da rua, algum mal espiritual que possa se transformar em mal corporal. (E-03; masculino; *score*: 786.72).

De acordo com Paz *et al.* (2015), as religiões de origem africana são as que mais usam plantas medicinais. Sabe-se que parte do conhecimento das plantas medicinais da fauna brasileira se deve ao contato entre os nativos e os africanos durante a colonização. Segundo o mesmo autor, diante do contexto cultural do Brasil, fica clara a relação do ser humano com a busca de caminhos sobrenaturais para cuidar da saúde, bem como perseguir a cura usando plantas como recursos. Esse fato é observável por meio da produção de infusões, emplastro, xarope, soluções para inalação, incenso, banhos de assento, amuletos. Isso demonstra o método que a comunidade usa para tratar o corpo e a alma, unindo o sobrenatural com as propriedades curativas das plantas, na busca do alívio de doenças ou do mal-estar subjetivo.

Em um estudo conduzido por Paz *et al.* (2015), com o objetivo de caracterizar o uso de plantas medicinais pelos integrantes do candomblé e identificar as que são usadas com mais frequência e as patologias tratadas de maneira habitual, ficou evidenciado que, além de serem usadas para fins religiosos, as plantas também têm efeitos físicos, como ação espasmolítica, antibacteriana, anti-inflamatória, hipotensora e sedativa, entre outros. Em resumo, os seguidores do candomblé usam plantas medicinais para renovar tradições antigas e expressar resistência cultural, apesar de isso ser visto pelos especialistas como um afastamento do que é conhecido como assistência em saúde.

Sobre o tratamento, percebe-se que os adeptos são recebidos e direcionados para o atendimento consoante as necessidades e os motivos que os trouxeram até ali, o que caracteriza a roça de candomblé como um espaço de cuidado. Há várias formas de conhecimento nos trechos discursivos adiante, que representam a cultura, a memória social e as crenças religiosas que se espalharam ao longo do tempo e estão presentes no imaginário dos seguidores, que acreditam e têm a esperança de encontrar, na roça de candomblé, recurso para aliviar suas dores e sofrimentos e tratar suas doenças, assim como orientar outras áreas, como social e econômica, diante dos desafios da vida. Isso fica evidenciado nos trechos a seguir.

O tratamento religioso, que pelo menos para mim, foi utilizado, é conhecido como *ebó*, que você faz uma limpeza, alguns alimentos são passados no corpo físico, para que exista uma memória física e espiritual, isso dentro de algumas nações. (E-23; feminino; *score*: 786.590).

No *ebó*, você recebe alimentos propícios para o seu corpo, para que ele reaja e, atrelado a isso, conseqüentemente eles fazem a parte para o seu espírito, então associam a cura física e a espiritual anos antes da iniciação. (E-23; feminino; *score*: 825.33).

Em alguns rituais, o “*ebó*” e o “*borí*” são usados para completar o processo. Se a pessoa que procura alívio apresentar outros problemas, eles podem ser indicados. *Ebó* é um recurso terapêutico de grande relevância para a restauração da saúde do paciente; sua função é a de restaurar o equilíbrio do ser humano.

As indicações terapêuticas podem requerer oferendas para os *vodúns*, e o tipo de oferenda e os materiais serão definidos pelo oráculo. Os ingredientes, normalmente, incluem a aquisição de itens como cereais, animais, brinquedos, doces, enfeites e outros, conforme a prescrição. É importante que os vegetais e animais para os rituais estejam intactos, bonitos e sem ferimentos. A oferenda é um presente, e, conseqüentemente, ninguém ficaria satisfeito em receber um produto danificado ou com falhas. Dessa forma, entende-se que a escolha e a manipulação dos ingredientes para os rituais requerem cautela. Assim, Rabelo (2010) frisa que a cerimônia do “*ebó*” ou “*borí*” tem início com a aquisição dos materiais, e que os animais devem estar sadios e com boa aparência.

As oferendas podem ainda ser servidas para outras pessoas, para o consulente e o para o filho de santo que está fazendo uma obrigação, como no ritual do “*borí*”. O “*borí*” é um rito cujo objetivo é construir a identidade social e religiosa do indivíduo, emitindo uma nova perspectiva à realidade vivida, estabelecendo sua origem e existência a partir de uma coerência que valoriza a inovação da vida e do corpo, conforme a cosmologia da religião. Rabelo (2011) relata que Bastides (2001) considera que “*borí*” é o ato de nutrir a cabeça para fortificar o *orí*, tendo propriedades profiláticas e curativas. Já Querino (1995) sugere que o “*borí*” é para “obter saúde”. Já Ogum *Toripeum* (sacerdote), citado no estudo da autora, explica que o “*borí*” tem como objetivo principal melhorar a QV das pessoas. Embora seja mais amplo, pode-se dizer que a cerimônia do “*borí*” é parecida com outras do “*ebó*”, também usada para restituir o equilíbrio e recompor o ser humano.

Oferecer comida, no candomblé, é um ato simbólico, que estabelece uma aliança entre o adepto e o *vodún*, existindo diversas maneiras de “alimentar” os *vodúns*. No candomblé, o tabu alimentar é conhecido como quizila. Os *vodúns* têm preferências culinárias, tendo predileção por determinados pratos em detrimento de outros. Essas preferências são seguidas pelos membros da roça, e isso limita a oferta e o consumo tanto para a divindade quanto para o adepto.

[...] não tenha ânimo para continuar vivendo ou para lutar contra aquela doença, essa pessoa está doente; no meu ponto de vista, para manter a saúde é importante ter boa alimentação, fazer exercício físico, ficar conectado com as pessoas que ama. (E-05; masculino; *score*: 703.51).

Sobre a alimentação dos fiéis do candomblé, um ponto relevante para destacar é a representação que a comida tem para as divindades. Segundo a cosmogonia afro-brasileira, os *vodúns* precisam do alimento, e estes são oferecidos com a ideia de troca e circulação de energias.

A gente vai apresentar os filhos de Iemanjá, que são os peixes, a gente vai pegar e vai apresentar para aqueles filhos a forma de ingerir o axé de Iemanjá, se alimentando de peixe, que é um alimento muito saudável para o corpo, tanto espiritual quanto físico. (E-22; masculino; *score*: 708.78).

A energia do axé é recebida e repassada para renovar a aliança, sendo a oferta de alimentos significativa em um ritual social. No candomblé, acredita-se que a energia do alimento oferecido será enviada ao *vodún* e retornará à pessoa que o ofertou.

Os adeptos devem sempre alimentar seus *vodúns*, compartilhar comida e bebida, uma vez que essas divindades são importantes para a família, pois são os ancestrais que dão identidade a seus descendentes. Vale destacar que a oferenda é apenas um ato simbólico. Não é o *vodún* que consome a oferta, mas, sim, que dele retira e equilibra as energias, o axé. O sacrifício é uma representação; o seguidor ou fiel enxerga a comida como parte de um “compromisso” religioso, seguindo uma lógica ritual.

Considerando a importância de se adquirir “axé” no que diz respeito ao ambiente e à natureza, devem ser observadas as práticas de higiene do local e pessoal pertinentes. A relevância atribuída à higiene está ligada à manutenção do axé e à prevenção de doenças, dado que a roça de candomblé é o centro da comunidade, um espaço sagrado para a recepção das divindades; portanto, é considerada a morada de todos e a extensão da natureza (BARBOSA *et al.*, 2018). Segundo a cosmogonia do candomblé, a ausência de higiene atrai vibrações ruins para nossas vidas e dificulta a renovação da energia do local.

Os discursos dos participantes revelam uma preocupação quanto ao surgimento de doenças, demandando o reforço e a atualização de hábitos de higiene para intensificar as táticas de cuidado. Nessa perspectiva, os significados de cautela com o corpo vão sendo modificados, incorporados e atravessados por uma estratégia de cuidado, a qual é compartilhada no grupo com a perspectiva de prevenir doenças. Os participantes demonstram compreender que é importante manter a higiene pessoal e do local onde o ritual é executado,

para evitar a propagação de enfermidades, conforme mostra a narrativa a seguir, que destaca os cuidados com a saúde no ambiente religioso.

Prática religiosa regular que uso para prevenção de doenças e para promover a saúde de ordem física é a higiene, é uma das prevenções que mais tento manter com a população aqui, porque o contato hoje está muito [...] é necessário a higiene, acho primordial. (E-01; masculino; *score*: 753.49).

Como apontado por Barbosa *et al.* (2018), a saúde esteve sempre ligada às religiões por meio do uso de ervas, banhos e elementos naturais, com a finalidade de promover a cura. Todavia, com o aparecimento de novas doenças, as práticas para a prevenção de doenças requerem mais cuidado por parte dos religiosos e dos líderes das religiões de matriz africana.

Enfim, as práticas usadas nos rituais das roças visam à prevenção e à promoção da saúde, fundamentadas em uma compreensão do universo que integra o mundo físico e o mundo espiritual. O mundo, as pessoas e a saúde são explicados a partir de uma perspectiva em que a saúde tem significados nos rituais de prevenção e tratamento, os quais procuram fortalecer o corpo, aliviar a dor e o sofrimento.

#### 6.1.2 Classe 1 – preparo religioso: influências na educação para a vida e no comportamento pessoal com reflexos nas relações sociais e na qualidade de vida

A classe 1 contém 1.005 UCEs de 3.079, contabilizando 32,64%, e os principais elementos associados a ela foram: “vida” ( $x^2$ : 130.43), “candomblé” ( $x^2$ : 79.23), “educação” ( $x^2$ : 57.72), “religião” ( $x^2$ : 54.96), “qualidade de vida” ( $x^2$ : 53.73) e “social” ( $x^2$ : 47.79). Ao examinar os conteúdos representacionais relevantes nessa classe, pode-se perceber que as roças de candomblé são espaços de acolhimento e inclusão para esse grupo, além de serem focos de resistência cultural e pontos de difusão de informações e troca de saberes.

A primeira coisa que chama atenção na constituição dessa classe é a relação entre o tratamento religioso e o desenvolvimento do viver. Isso pode ser observado nos trechos discursivos a seguir:

A primeira coisa é o tratamento religioso, os cuidados que influenciam no ambiente social, na educação, na habitação, na vida dessas pessoas e de como elas se percebem no meio cultural muda. Assim como a expectativa de vida. (E-05; sexo: masculino; *score*: 626.42).

O tratamento religioso provoca mudança de hábitos e comportamentos, com isso traz influências positivas na cultura e na qualidade de vida das pessoas. O candomblé faz isso, sim, porque o candomblé vai despertar as pessoas, vai ensinar a pessoa a ter respeito [...]. (E-07; masculino; *score*: 531.30).

Os participantes destacam que o tratamento religioso e os cuidados prestados no contexto das roças têm influência no ambiente social, na educação, na habitação, na vida e na cultura. Pode-se considerar que há aqui uma abordagem de QV, já que esse conceito pode estar associado à saúde, ao estilo de vida ou a outros fatores, dependendo da área e do interesse envolvido, considerando os indicadores que variam desde a concentração de renda até a satisfação com determinados aspectos de vida (FLECK, 2000; PEDROSA, 2021).

Ao mesmo tempo, observa-se que os participantes aprofundam a questão do tratamento religioso a partir de sua dimensão ritualística:

Com tratamentos religiosos por meio das ritualísticas, essas pessoas conseguem ter algum alento ou de alguma maneira se sentem conectadas com esses ancestrais. Conheço inúmeras pessoas com relato de como se modificou positivamente sua vida após chegar ao candomblé, a grande maioria com mudança no aspecto emocional. (E-05; masculino; *score*: 532.55).

Nota-se na fala dos participantes que o processo de cuidado com o indivíduo, envolvendo o tratamento religioso, é um elemento relevante no candomblé e engloba diversos aspectos: saúde, vida, boas relações sociais e equilíbrio espiritual. Segundo Calvo (2020), a saúde é uma questão crucial no candomblé, e o tratamento é feito de várias formas, como o aconselhamento guiado pelo oráculo, oferendas, infusões e diversos rituais para resolver, minimizar ou afastar males que possam causar problemas físicos, mentais e espirituais.

O aconselhamento se volta para despertar reflexões que estimulem o indivíduo a lidar com os problemas e desafios do dia a dia, bem como para alcançar seus objetivos, suas aspirações, de maneira a melhorar sua QV. Essa questão do tratamento religioso e da QV pode ser observada nas falas a seguir:

Acredito que o tratamento religioso possa fazer mudança na vida das pessoas, melhorando a qualidade de vida; o tratamento educa as pessoas para saúde. Muita gente muda completamente o jeito de pensar e de agir. Muita gente muda. (E-09; feminino; *score*: 573.14).

No meu ponto de vista, o tratamento religioso traz mudanças para a vida das pessoas ao nível de comportamento, de conduta e de qualidade de vida. Entendo dessa forma. Com certeza, traz em todos os aspectos, de comportamento, de entendimento da vida, de felicidade. (E-12; feminino; *score*: 534.58).

Muitas pessoas procuram o candomblé pelo cuidado que ele atribui ao ser humano nos momentos de crise pessoal ou de saúde, para buscar solução por meio do tratamento espiritual. Os tratamentos são sempre uma combinação em forma de banhos, beberagens, comidas e rituais, que agem sobre o corpo, para preservar e restabelecer a saúde. Em situações de doenças graves ou de um caminho muito difícil, a iniciação, por vezes, surge como uma solução, pois o novato passa por um período de reclusão, que simboliza a gestação, que traz como desfecho o renascimento espiritual (CAMARGO; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2018), para o alcance de uma vida nova, mais saudável.

Mas, como bem ressalta Rabelo (2020), a humildade é uma das qualidades requeridas para aqueles que ingressam no candomblé, o que para muitos noviços representa um desafio constante. A submissão precisa ser demonstrada por gestos, posturas e atitudes. Os noviços, que recebem a alcunha de *yawô*, ajoelham-se para receber a bênção do sacerdote, mantendo o olhar baixo e o corpo curvado em sua presença, e se esforçam para obedecer a ele prontamente. Então, o indivíduo que passou pela terapêutica da iniciação regressou à simplicidade e abraça a posição de entrega e submissão presente na doutrina do candomblé (RABELO, 2020). A dinâmica que possibilita a educação, a mudança de hábitos e humildade pode ser percebida no relato a seguir.

O tratamento religioso ajuda a mudar a educação da pessoa totalmente. Primeiro, ele ensina a gente a humildade, onde o menos é mais; segundo, ensina não ser melhor do que ninguém. O tratamento religioso traz essa humildade para a gente. (E-04; masculino; *score*: 487.16).

Nessa perspectiva, Prandi sinaliza que o noviço vai se deparar com uma nova maneira de experimentar sua relação com o candomblé, assim dizendo:

Ele terá que ser ressocializado para poder conviver com coisas que, nos primeiros contatos, lhe parecerão estranhas e desconfortáveis. Ele tem de aprender que tudo tem sua hora, mas que essa hora não é simplesmente determinada pelo relógio e sim pelo cumprimento de determinadas tarefas, que podem ser completadas antes ou depois de outras, dependendo de certas ocorrências, entre as quais algumas imprevisíveis, o que pode adiantar ou atrasar toda a cadeia de atividades. (PRANDI, 2001, p. 45).

A complexidade dos fatores que influenciam o dia a dia nas roças mostra a importância da cultura no cenário do candomblé e suas contribuições para seus seguidores nas mais diversas áreas, como educação, regras de conduta, ética religiosa e hábitos socioculturais, apoiando-se no respeito à diversidade e considerando a individualidade dos sujeitos a partir da comunidade religiosa.

Quanto ao candomblé mudar valores sociais, morais e visão cultural, não posso falar por todo mundo, posso falar pelas pessoas que conheço, as pessoas que estão no meu convívio. Acho que muda, por exemplo, fiz o santo agora [...]. (E-20; feminino; *score*: 561.78).

[...] esse é um dos principais fatores de mudanças na vida das pessoas que observo na roça. Na educação também tem mudança radical de algumas pessoas através dos ensinamentos dentro do axé, das coisas que a gente vê, dos *vodúns*. (E-03; masculino; *score*: 533.05).

As entidades são seres que conhecem as pessoas (em particular seus filhos), dão-lhes atenção, tendo uma relação afetiva com eles. Podem consolá-los ou castigá-los. No ritual de iniciação, o noviço se aproximará de sua divindade e, nesse contexto cerimonial, aprenderá: saudações, cânticos, danças, rezas, e terá acesso a informações sobre as preferências e exigências das divindades.

Para Berkenbrock (2017), o cultivo do ritual forma um conjunto de conhecimentos que refletem em novos comportamentos e uma nova visão do mundo, assim como de se perceber nesse contexto. É notório que, na associação entre religião e ética, também se faz uma ligação entre religião e controle de seus fiéis, no sentido de imposição ou recomendação de limites, de ação que a religião prescreve, ou então de costumes ou comportamentos desejados, ou não.

A educação socializa os indivíduos, tornando-os participantes da comunidade de terreiro e da sociedade, e esse espaço de representações, englobando ambiente familiar e misticismo vivido no candomblé, contribui para hábitos que influenciam a educação, de forma a transformar comportamentos, que repercutem na sociabilização dos adeptos. Nesse sentido, Previtalli e Vieira (2017) e Teixeira e Vieira (2018) discorrem que a educação é uma ferramenta utilizada na aquisição de saberes que desenvolvem a inteligência de um indivíduo. Ninguém pode fugir da educação, pois ela está presente em todos os lugares onde as pessoas convivem, como na família, nos templos religiosos, na rua, na escola e em outros espaços da sociedade.

Ainda conforme as autoras, os processos educativos estão a todo tempo envolvidos com afazeres cotidianos; encontram-se no fazer, no aprender e no ensinar. Nesse sentido, observa-se nas falas dos participantes a seguir a representação da educação não formal traduzida em desenhos na oralidade, desenvolvida por líderes religiosos nas roças de candomblé.

[...] imprimiu uns desenhos de Odé e de Agué, deu para as crianças colorirem e foi dando aulas de religião, explicando para elas cada religião e como é cada uma. É assim que muda a educação, muda o jeito das pessoas ver as coisas, isso é cultura. O candomblé ensina muita coisa. (E-18; feminino; *score*: 531.05).

Porque não é nada definido, cada casa é uma casa. Usar esse potencial do candomblé para transformar a vida das pessoas. Nossa, a educação e os valores ancestrais moldam e influenciam em tudo. (E-13; feminino; *score*: 523.30).

Ter fé é essa amplitude que nos impulsiona e nos impele a ser pessoas melhores, da mesma forma que o candomblé educa para a nossa saúde física e mental, ele educa para essa educação formal. (E-05; masculino; *score*: 505.70).

Os saberes constroem práticas socioeducativas no ambiente, fazendo o povo de santo caminhar com as mudanças que ocorrem, modificando o perfil educacional aos poucos, mas com membros cada vez mais presentes nas instituições, dando outro panorama a essa religião. Trata-se de uma educação libertadora, voltada para a roça, visando a conscientizar os adeptos, em que a troca de experiências é crucial, um compartilhamento de conhecimentos, baseados na identidade coletiva, na dinâmica cultural, na capacidade de compreender o enriquecimento da participação comunitária e, assim, estimulando autoestima, autoconfiança e autodeterminação dos envolvidos para construção de uma ordem social, econômica e cultural que se desdobre em QV.

Os conhecimentos são criados nas relações sociais, e todas as pessoas, nos diferentes lugares que frequentam, são agentes do processo de ensino-aprendizagem. Os grupos que foram historicamente desprezados por não terem cultura são, nessa perspectiva, compreendidos como produtores de conhecimento.

[...] fica difícil esse entrosamento, mas deveria ter alguma coisa que a gente pudesse fazer dentro da roça para a questão da educação, de tudo. O candomblé educa as pessoas. Uma coisa que acho muito bonito no candomblé é o respeito aos mais velhos, é a benção. (E-20; feminino; *score*: 486.44).

Promove a qualidade de vida. Criança criada em uma roça de candomblé é muito diferente de uma criança fora da roça, porque essa criança convive com pessoas diversas. Como falei, nível social, cultural e educacional; a idade é uma diversidade muito grande. (E-07; masculino; *score*: 485.91).

As comunidades de matriz africana, as roças de candomblé, apresentam, atualmente, a memória viva dos povos tradicionais de origem africana e resguardam sua cultura, que envolve o cuidado e o respeito pela natureza, da qual retiram seu axé e na qual fundamentam sua religiosidade.

A educação e os saberes são transmitidos naturalmente, com a realização do culto e da transmissão para aqueles que estão chegando à comunidade, em que os mais velhos, ou seja, os mais experientes, ensinam os mais novos. Essa educação assume papel relevante na formação da identidade dos adeptos, sendo capaz de orientar suas ações e fornecer parâmetros para agir, refletir e se sentir. O candomblé é um exemplo da educação não formal, em que o aprendizado

acontece na prática, na realidade do dia a dia, mediado por experiências compartilhadas, em espaços e ações coletivas do cotidiano (FONSECA, 2006). Essas ações tornam-se um importante fator de diferenciação dentro da educação informal no candomblé, pois há um espaço coletivo construído, em que é designado um papel de transmissão de dados e formação social e cultural do grupo. A educação do ser humano é desenvolvida a fim de criar laços de pertencimento e ajudar na construção da identidade coletiva (FONSECA, 2006).

A educação favorece o entendimento da pessoa e dá acesso a mais informações em todos os sentidos, particularmente sobre como prevenir e tratar determinadas doenças. Dessa forma, entende-se que a otimização da educação resulta no desenvolvimento de mecanismos que criam condições para produzir e transformar comportamentos que repercutem na promoção da saúde e na QV (GALINDO; ACIOLI, 2020).

A religião tem um objetivo educativo e formativo, para o qual o ritual é um instrumento e a transmissão dos mitos e ritos é a garantia da preservação das relações, da memória do grupo e da cultura, as quais são ensinadas por meio da dança, dos cantos, da confecção de indumentárias, da culinária etc. Todas essas atividades no espaço da roça favorecem a socialização das crenças, são formas de resistência religiosa e se reinventam na própria cultura em busca de garantir um espaço de sociabilização (FONSECA, 2006).

A educação está inserida nos processos culturais; o mito liga o presente ao passado e sustenta a fé dos adeptos, cria uma ideia de futuro, mantém a união do grupo e relaciona os sujeitos com a comunidade, em uma dinâmica que organiza o que está desorganizado (FONSECA, 2006; SEGALLEN, 2002). O processo educativo referido ocorre no discurso dos participantes.

É dessa forma que a gente vê a educação e a socialização que muda as pessoas no candomblé. (E-18; feminino; *score*: 527.41).

[...] a respeitar o mais velho, a valorizar a saúde é importante dentro da roça de candomblé. Você vai socializar, socializar com pessoas diferentes de diferentes idades, nível social, nível cultural, pessoas totalmente diferentes do seu mundo. (E-07; masculino; *score*: 490.28).

O candomblé surgiu no contexto da escravidão e garantiu legado importante, com sua dinâmica de organização, no que tange a valores religiosos e morais, condutas, hierarquia. Esse processo ocorre até hoje, atualizando a história, o passado. Essa organização pode ser observada nas roças, na figura da autoridade suprema do líder da roça, do sacerdote, dos adeptos, os quais atuam de acordo com suas funções, sem levar em conta a posição social e cultural que têm fora do espaço sagrado, em uma condição que favorece a troca de

conhecimentos e a inclusão social. Vale ressaltar que, embora haja hierarquia, não ocorre exclusão, porque na roça todos são iguais, todos são filhos.

A forma como os participantes se expressa aponta para a existência de desencontros na religião que podem causar insatisfações em função de eventos desfavoráveis, atribuindo sua existência à atitude do líder religioso do sacerdote ou sacerdotisa. O candomblé não é um mundo fechado; logo, é preciso considerar que alguns modos de agir e de pensar nas roças podem indicar outras perspectivas sobre o candomblé que acenam para outro caminho (RABELO, 2020). A autora destaca, entretanto, que o terreiro é uma rede flexível, que consegue unir muitas diferenças. É também um amplo campo de relações afetivas, em que nem sempre é possível definir com nitidez as fronteiras que separam aqueles que estão ligados. Contudo, o contraste requer reflexões e surge constantemente nas roças, moldando os vínculos construídos nesses espaços, e qualquer problema novo ou antigo suscita soluções, bem como mudança de hábitos e inclinações que operam de forma reflexiva.

Por conta de sacerdotes acabar com a vida das pessoas, o candomblé tem essa possibilidade, mas quem lidera ajuda. É por isso que acho importante o trabalho que meu *hungbono*<sup>12</sup> e que algumas pessoas fazem [...]. (E-13; feminino; *score*: 500.54).

A interface entre religião e saúde mostra que, entre as razões que levam à filiação religiosa, está a busca de soluções para problemas e doenças. A religião como terapia é uma das opções de cura, a que os seguidores aderem baseados, entre outros fatores, na eficácia pessoal ou coletiva, ou na fidelidade a uma religião que regula a vida, incluindo o corpo, a mente e a saúde (MOTA; TRAD, 2011). No discurso, os participantes relatam a luta de pessoas que se tornaram adeptas do candomblé e incorporaram as disciplinas do sistema de crença para auxiliá-los a buscar uma direção que desse sentido à vida, como pode ser percebido no relato adiante. Vale ressaltar que a hierarquia é um dos pilares da religião, e que o uso de drogas ilícitas é reprovado, pois é considerado contra-axé (atitudes que atraem energias ruins). Contudo, não ocorre a exclusão; o necessitado será acolhido e aconselhado.

A pessoa pode mudar, o candomblé em si tem essa capacidade. Já vi o candomblé salvar gente, já vi o candomblé tirar pessoas das drogas, já vi o candomblé tirar pessoas da depressão, já vi que o candomblé dá sentido para a vida. (E-13; feminino; *score*: 502.16).

---

<sup>12</sup> *Hungbono* são os sacerdotes que fazem o culto ao *vodún*, do fiel que é regido por um *vodún* da família nagô.

Após aderir à vida religiosa, a pessoa deve obedecer à hierarquia da roça de candomblé. Os membros dessa comunidade religiosa são organizados em famílias, chamadas de família de santo, que nem sempre são compostas pelos parentes biológicos (PRANDI, 2001). Dessa forma, integrar-se ao candomblé significa entrar em um novo círculo de parentesco, uma experiência de reinserção social, a partir da qual o fiel aprende a internalizar valores, conceitos, crenças e atitudes relativas a determinado universo simbólico, aprendendo a exercer funções e a se relacionar com o grupo religioso.

Na fase inicial de afiliação, o indivíduo será acolhido e por vezes ficará dias na roça para entender a dinâmica da casa e para engajar-se. A depender do tratamento religioso determinado pelo oráculo, poderá ser necessário ficar na roça. Esse período será reservado às reflexões, pois, a partir desse momento, começam as intervenções da religião na condução da vida, a qual será marcada por uma trajetória de obrigações, restrições e condicionamento (MOTA; TRAD, 2011). Um novo ciclo se inicia, propondo uma mudança que compreende hábitos complexos, como não usar substâncias psicoativas ilícitas, até os mais simples, como a seleção da alimentação e do vestuário. Tal condição que traz mudanças significativas na vida do adepto.

Considerando que o candomblé é uma religião originada da junção de elementos religiosos de diversos povos, seu funcionamento é complexo, dispendo de variadas práticas, que envolvem o uso de folhas, que têm virtude própria e, quando associadas a outras em rituais, formam preparações que visam à manutenção do axé. Assim, a utilização de ervas em rituais de candomblé é indispensável, para lidar com problemas que podem ser tratados ou resolvidos com remédios naturais. Nesse sentido, os saberes difundidos revelam um entendimento próprio da flora, ao mostrar as particularidades de cada planta para cada tipo de problema, sendo uma prática que segue ensinamentos ancestrais. Arruda, Souza e Lima (2020) referem que o uso de ervas para fins medicinais é uma prática antiga no Brasil, sendo muito presente nas religiões afro-brasileiras, principalmente no candomblé.

Nesse contexto, é importante salientar que há forte influência da cultura africana na medicina popular brasileira, sobretudo no que diz respeito ao uso de plantas medicinais, recurso amplamente utilizado no início da colonização e que ainda é praticado atualmente, o que torna esse campo de conhecimento legítimo e valioso no âmbito do candomblé (MOTA; TRAD, 2011; PAZ *et al.*, 2015).

Os rituais com uso de folhas são amplamente utilizados nos tratamentos físico, psíquico e espiritual no candomblé, visto seu potencial para ativar, dispersar e equilibrar energias. Na concepção dos participantes, o cuidado espiritual seria um processo de

reorganização do equilíbrio de energias que possibilita e delinea um processo de construção e manutenção da vida, conforme apontado no discurso a seguir.

O candomblé tira as negatividades e puxa as positivities, as energias boas positivas para a vida daquela pessoa, e essas energias vão atuar em vários campos da vida da pessoa. (E-07; masculino; *score*: 484.30).

Sobre o discurso de energia, Calvo (2020) analisou que os cuidados terapêuticos voltados para as doenças e dificuldades que atormentam o dia a dia dos indivíduos fazem ressaltar a prevalência do tempo cíclico, em que a energia das pessoas se esgota e enfraquece, precisando ser regularmente renovada nas consultas e nos rituais de tratamento, para lidar com situações difíceis e para manter ou recuperar a saúde. Segundo Mandarino e Gomberg (2013), o ser humano, de igual maneira, pode ser concebido como o resultado do equilíbrio entre as diversas partes do corpo. Trata-se da coerência a partir de uma visão de mundo específica, que explica a relação entre o mundo natural e o sobrenatural por meio da harmonia entre os dois.

As doenças espirituais e físicas nas religiões afro-brasileiras são muito sutis, não existindo distinção clara do que é próprio do espiritual. Portanto, nas roças, as enfermidades costumam ser tratadas espiritualmente com rezas, restrição a certos alimentos, banhos de folhas, entre outras práticas, que fazem parte dos tratamentos existentes no candomblé, mas, para o que se caracteriza como físico, recomenda-se também o tratamento oficial.

Para Mota e Trad (2011) e Rabelo (2010), a mediunidade não desenvolvida pode representar um diagnóstico comum para as doenças que acometem os indivíduos nas roças. Assim, o aparecimento de uma doença pode significar várias coisas, inclusive as vontades de um ancestral para sinalizar a necessidade de iniciação do enfermo. Portanto, a maioria das doenças são analisadas a partir dos valores físicos, culturais, religiosos e das perspectivas ideológicas, quer dizer, a forma de ver uma doença e a atitude da pessoa mediante seus valores culturais ameaçados pela doença, como pode ser visto no trecho a seguir.

Do ponto de vista espiritual, o que leva as pessoas a adoecerem, acho que é a falta de fé. Lógico, que se você não tiver uma qualidade de vida boa, você vai adoecer, mas, se você tem fé, a fé move montanhas; se você tem fé, tem tudo na vida. (E-20; feminino; *score*: 528.03).

De acordo com Mota e Trad (2011), estudos antropológicos mostram que a terapia a ser considerada depende da forma como o indivíduo percebe sua doença, o que interfere na maneira de lidar com a enfermidade. Em vista disso, é preciso identificar os significados

atribuídos à saúde e à doença, analisando como isso interfere nas abordagens de cuidado que fazem parte do percurso terapêutico.

No caso do tratamento religioso, vale lembrar que os significados são construídos intersubjetivamente — no âmbito das relações sociais das roças, são sempre dinâmicos e reinterpretados. Dependendo do problema, diferentes significados podem ser atribuídos aos processos de adoecimento e cura. Diante do discurso anterior, compreende-se que a atribuição de um significado espiritual para um episódio de doença segue variadas explicações, que distinguem uma doença espiritual de uma doença material, mostrando uma percepção da doença que vai além da dimensão físico-biológica e que pode ser relacionada com outras dimensões da vida, como psicológica e espiritual.

Cabe ressaltar que ambas as dimensões podem auxiliar as pessoas que lutam por uma melhor QV e de saúde. Panzini *et al.* (2007) salientam que o campo da QV envolve o transcendente, o campo da saúde e outras dimensões. Os participantes pontuam que a vida no candomblé é uma mistura de abnegação, sacrifício, dedicação e trabalho, mas, sobretudo, de solidariedade, de acolhimento, para quem recorre à roça nos momentos de aflição, independente do motivo.

[...] quando a gente vem para essa religião, é um sacerdócio também; você abdica de uma série de coisas para servir o outro, para servir o *vodún* e servir as pessoas que estão na sua vida. (E-09; feminino; *score*: 494.17).

Em geral, as roças de candomblé oferecem rituais não apenas para tratar problemas espirituais, mas também para incentivar a resiliência em questões diversas. Como mencionado, as doenças são sutis. Logo, as causas orgânicas são vistas e tratadas nas roças de candomblé, principalmente as que são reflexo de um mal espiritual.

Os princípios cosmológicos “místicos” são os de explicar, prever e controlar, descobrir os “causadores espirituais” de doenças e sofrimentos” inexplicáveis”, e, de maneira geral, atuar no sentido de atenuar e mediar conflitos internos e sociais. A concepção de mundo “no candomblé” não consegue separar as forças religiosas de forma fácil em boas e más. Contudo, ajuda a explicar como as práticas ritualísticas religiosas podem, por outro lado, ajudar a pessoa a se reencontrar e, dessa forma, diminuir os infortúnios para si e para a família (HOFBAUER, 2011).

A roça configura-se em uma rede de apoio social que está sempre pronta para atender aos enfermos e aflitos. Alguns casos relacionados com as doenças requerem o processo de “iniciar para o santo”. Vale pontuar que a iniciação é um dos tratamentos, se não o mais

específico do candomblé; é o que tem mais fundamentos (conhecimentos e segredos da religião).

A iniciação é uma ruptura com o passado e uma nova oportunidade para o futuro. O processo de renascimento ocorre no *hùndeme* (espaço sagrado), onde se realizam as cerimônias e os rituais. Nesse espaço, os segredos da religião são compartilhados, permitindo o crescimento psicoespiritual do noviço (GORSKI, 2012; MACHADO, 2012; RABELO, 2010). O ritual de iniciação no santo alude à relação da vida com a morte (GOLDMAN, 2012), e a ideia de morte pode contribuir para melhor compreender as aflições, os rituais e as formas de enfrentamento. Esse processo de iniciação, também chamado de recolhimento por outras nações, envolve um período de isolamento que pode durar meses. O tempo que se destina aos processos da iniciação está condicionado à cultura da roça. Em algumas “roças” da nação *Jeje Mahí*, esse período poderá ter duração de três a seis meses. Ao terminar o período de isolamento, o noviço experimentará diversas restrições e obrigações, o que requererá dele: abnegação, compromisso e dedicação. Nesse sentido, o candomblé, por meio da disciplina, fornece a seus adeptos um sentido às suas experiências, levando-os ressignificar a vida.

## **6.2 Eixo 2 – o candomblé como espaço de potência e de cuidados religioso e biomédico**

Esse eixo, formado pelas classes 2 e 3, apresenta alguns aspectos práticos sobre o tratamento religioso no candomblé, mostrando as características que podem aproximá-lo ou afastá-lo do tratamento biomédico, mas cujo objetivo é o mesmo, a cura ou o alívio dos sintomas e do sofrimento dos indivíduos causados pelas doenças que os levaram até a roça.

O candomblé tem suas próprias visões do mundo; portanto, suas próprias maneiras de conceber o binômio saúde-doença. Nesse sentido, Paz *et al.* (2015) inferem que o modelo de cuidado e atenção à saúde do candomblé promove repercussão positiva na QV de seus seguidores e praticantes, uma vez que oferece formas próprias de educação e atendimento em saúde, além de um repertório simbólico único que comanda relações sociais.

### 6.2.1 Classe 2 – o tratamento biomédico e religioso no âmbito da roça de candomblé: tensões, aproximações e distanciamentos

Essa classe tem 596 UCEs, de 3.079, representando 19,36% da análise. Os participantes deste estudo expressam suas experiências, sentimentos e crenças religiosas sobre a enfermidade. Os temas apresentados incluem: influência da religião, atitudes e comportamento do grupo religioso, sentimentos e expectativas do contexto de saúde. Do grupo de palavras, a que mais aparece é “médico”, seguida pelas que têm os maiores valores de qui-quadrado: “remédio” ( $x^2$ : 223.27), “exame” ( $x^2$ : 148.44), “cirurgia” ( $x^2$ : 130.32), “crise” ( $x^2$ : 119.83), “mês” ( $x^2$ : 103.52) e “medicamento” ( $x^2$ : 87.93).

Essa classe versa sobre a percepção dos participantes em relação ao tratamento biomédico e religioso, relatando suas experiências com doenças de origem física, espiritual ou ambas, mas que, independentemente da origem, trazem consequências para a QV. Fala sobre os tratamentos religiosos que os adeptos adotam para aliviar, tratar ou curar as doenças, assim como para ajudar na identificação de um diagnóstico. Quando se estuda um sistema de crenças religiosas que diz respeito à saúde humana, é importante examinar o que é considerado doença para o grupo, bem como saber se há um consenso entre eles que explique as práticas de saúde que o grupo adota para controlar ou combater a doença. Dessa forma, apresentam-se trechos das entrevistas que expressam as representações dos entrevistados sobre a doença, tanto do ponto de vista físico quanto do sobrenatural, e os resultados, após utilizarem alguma forma de tratamento religioso, como se pode ver a seguir:

[...] pouco tempo após me iniciar como forma de tratamento, volto a fazer outros exames e aí o médico fala: façamos um teste, tirei os medicamentos. Como você não está tendo crise, a gente vai diminuir o remédio. (E-12; masculino; *score*: 763.76).

Ela fazia trabalhos para eles descobrirem o meu problema. Logo, fiz a cirurgia e, depois disso, realmente tive um problema, isso tudo sem saber de nada que acontecia, tive outro problema de saúde relacionado, e não tinha mais remédio que o médico passasse que desse certo, era muito complicado. (E-24; feminino; *score*: 596.27).

Então, a minha conexão é sempre na natureza, na cachoeira, com água corrente, onde coloco as oferendas para o meu *vodún*. Faço diariamente as cantigas, além dos tratamentos médicos, fisioterapia e os remédios. Uma vez por semana, tomo banho de ervas e incenso a casa toda, e uma vez por mês faço as oferendas. (E-4; masculino; *score*: 566.19).

[...] ela disse: não toma o remédio, você vai ficar sem tomar remédio, não vai tomar nem fraco, nem forte, vou lhe dar *obí* e *borí*, quando der o *borí*, você vai de novo na médica e manda fazer uma sonância da cabeça. (E-2; feminino; *score*: 549.60).

Depois dessa obrigação, ela deu uma melhorada e precisou fazer uma cirurgia, fez e depois ficou um tempo bem, sempre acompanhando, mas tomava remédio controlado, para não dar as crises, o tumor tinha voltado. (E-25; feminino; *score*: 522.60).

[...] ansiedade sentia muito, eu chorava muito, acho que era a crise de ansiedade, comecei a cuidar e fazer tratamento religioso, porque ir ao médico não estava resolvendo nada, o médico fazia exames e não dava nada. (E-20; feminino; *score*: 501.02).

Enfim, ela autorizou a cirurgia, voltando aqui na frente, passei por tudo isso, depois que fiz *Jeberessú*, e foram tendo esses problemas novamente, os médicos foram investigar novamente e fizeram exames. (E-24; feminino; *score*: 555.72).

As abordagens revelam que a interação entre o modelo oficial e a terapêutica mística, no caso as práticas desenvolvidas nas roças de candomblé para tratar da saúde, deve ocorrer, uma vez que a assistência integral transcende o modelo oficial (biomédico). Diante das narrativas, observa-se a necessidade de ações que possibilitem um modelo assistencial integrado entre saúde, religiosidade e espiritualidade, visando a responder às necessidades dos indivíduos. Os discursos colocam em pauta que as práticas terapêuticas promovidas pelo grupo religioso, as experiências vivenciadas e cultivadas no contexto da terapêutica religiosa, em face dos tratamentos realizados por meio de aconselhamento, banho de ervas, “*bori*”, “*ebô*” e outros rituais, modificam a maneira como os sofredores compreendem seu problema, permitindo, dessa forma, a construção de novos significados para a aflição.

Estudos antropológicos e sociológicos da saúde mostram a importância das religiões na compreensão e no tratamento das aflições em diferentes sociedades e períodos históricos, e, em muitas regiões do Brasil, a situação é semelhante (MAUÉS, 1994; MINAYO, 1994; RABELO, 1994, 1993; RABELO; ALVES, 1997). Há menções a práticas religiosas de tratamento realizadas em diversas religiões e a relevância destas como serviço de saúde para grande parte da população. Segundo relatos, estudiosos compararam os tratamentos religiosos aos biomédicos e viram que os primeiros investem mais na fé dos doentes (RABELO, 2010), o que talvez justifique a procura dos templos para tratar a saúde. Muitas vezes, os tratamentos religiosos caminham lado a lado com o biomédico. O tratamento biomédico difere do religioso; assim, torna-se interessante, para um melhor entendimento, caracterizar este último conforme os princípios do candomblé *Jeje Mahí*, pois, como qualquer outra forma de “tratamento”, envolve procedimentos específicos para cada caso.

Como é de conhecimento, o tratamento biomédico se fundamenta em tecnologias, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, que permitem visualizar as estruturas internas do corpo. Além disso, há a análise bioquímica, que usa uma pequena amostra de

tecidos ou outros materiais retirados do corpo, e a farmacologia com substâncias químicas. Já o tratamento religioso do candomblé se ampara no acolhimento, no aconselhamento, no histórico pessoal e familiar, na história ancestral e na consulta ao oráculo para interpretar o problema em seu contexto e para orientar a conduta (SILVA, 2007), como é possível observar nas falas a seguir:

Estou sentindo isso, já fui ao médico, tomei remédio, fiz exame e não deu nada, não apareceu nada, mas continuo sentindo. Nesse caso, é através da nossa anamnese que será visto o que, realmente, está acontecendo. (E-9; feminino; *score*: 599.23).

A infecção melhorava e em dois ou três meses voltava, e no outro ano eu tinha que fazer outra cirurgia, um dia fiz um jogo de búzios com o meu *runghono* e ele falou para procurar outro médico. (E-15; masculino; *score*: 526.01).

Enfim, ela autorizou a cirurgia, passei por tudo isso, o *Jeberessú* mostrou esses problemas, os médicos foram investigando novamente e fizeram exames. (E-24; feminino; *score*: 555.72).

O tratamento busca estabelecer o equilíbrio do “*orí*” (cabeça), divindade sagrada, personalizada, única de cada indivíduo, para alcançar a saúde merecida e necessária (RABELO, 2010; SILVA, 2007). Após identificar o problema e definir o tipo de tratamento, a primeira etapa, geralmente, é iniciada com banhos, que podem ser: em cachoeiras, rios, mares, com ervas, com frutas e outros elementos ritualísticos. O banho é geralmente a parte principal de todos os procedimentos e tem como objetivo interferir no corpo físico, dispersando as energias ruins que podem estar causando o problema e ocasionando mal-estar, desânimo, transtornos mentais e até dificultando o diagnóstico biomédico. Existem diversos tipos de tratamentos, tais como iniciação, obrigações e outros já pontuados.

Compõe o elenco das obrigações e ritualísticas o “*Jeberessú*”, ritual específico próprio da nação *Jeje Mahí* que se assemelha ao ritual de iniciação, mas nesse caso o indivíduo já foi iniciado para o *vodún*. O ritual do “*Jeberessú*” pode ser entendido como uma forma de batismo em uma nova comunidade, envolvendo o estabelecimento de novos laços com a família de santo, o reforço do compromisso religioso e a revitalização do vínculo com o *vodún*. Destaca-se que essa obrigação envolve uma sequência de oferendas que fortalecem o “*orí*” (dono da cabeça e dono do eu espiritual) (ZACHARIAS, 2010) e o corpo, e, como consequência, despertam a resiliência e a esperança, por meio da ressignificação. Nessa linha, Rabelo (2010) escreve que os rituais religiosos podem alterar, mudar significados para aqueles que estão passando por momentos difíceis. Logo, proporcionando uma nova interpretação das doenças e da vida para essas pessoas.

O despertar de emoções e a participação consciente do corpo com os objetos nos contextos da prática religiosa fazem parte do movimento de construção de significado. Ao longo do tempo, eles chegam a novas soluções práticas, que lhes possibilitam entender o mundo, a si mesmos e os outros.

Todas essas práticas ritualísticas constituem elementos relevantes de uma forma de culto que é também uma prática terapêutica cuja abrangência é ampla, pois envolve crenças pessoais, conhecimento da natureza, conhecimentos ancestrais, relações sociais, cerimônias, participação em rituais, dedicação e diversão (RABELO, 2010).

As práticas de cuidado com a saúde realizadas nas roças são variadas, e as formas de diagnóstico e de tratamento podem variar de uma casa para outra, de uma nação para outra, ou de acordo com cada caso, ou ainda de enredo físico e espiritual (SILVA, 2007). Ao contrário do que ocorre com o tratamento biomédico, baseado na tradição individualista, o tratamento religioso na nação *Jeje Mahí*, assim como em outras religiões de matriz africana, tem caráter “holístico”, que engloba tudo, sendo condizente com a ideologia dos sujeitos que procuram as roças para tratar de seus males físicos e tentar resolver seus conflitos psíquicos, além de problemas nas relações interpessoais.

Como qualquer outro, o “tratamento religioso” envolve um circuito de comunicação no qual ocorre troca de mensagens entre o sacerdote (no caso o terapeuta) e o consulente (paciente), momento de acolhimento, que envolve diversos setores, como social, cultural, político e econômico. Os membros das comunidades de candomblé aprendem uma língua e vivem seguindo uma hierarquia pelo conhecimento, de acordo com concepções que se relacionam com saberes ancestrais, os quais podem influenciar estratégias de enfrentamento diante das enfermidades.

[...] a forma de se cumprimentar, a forma de falar, o dialeto tem diferença, é um dialeto próprio. No momento, trato da saúde com remédio do médico, mas não anda resolvendo muito o problema da coluna, por vezes os dedos ficam dormentes. (E-8; feminino; *score*: 524.91).

Falaram ser um tumor benigno na época, ninguém sabe a causa, foi coisa que aconteceu do nada. Na primeira cirurgia, o médico não falou nada sobre sequelas, ele apenas falou que ia fazer a cirurgia. (E-18; feminino; *score*: 503.14).

Para muitas pessoas, a religião e as crenças pessoais e espirituais são fonte de conforto e bem-estar, e o pertencimento pode ter significado de força. Portanto, algumas pessoas sentem que a religião pode dar o apoio necessário, destacando-se o sentido do cuidado com a pessoa observada nessa comunidade, uma vez que ainda não encontraram diagnóstico, alívio

ou respostas nos consultórios médicos. Como relata Silva (2007), as religiões afro-brasileiras são proeminentes na promoção da saúde, tanto dos adeptos quanto das pessoas que as rodeiam, sendo, assim, promotoras de melhorias na QV. As roças apresentam um conjunto de símbolos e práticas de educação e cuidado com a saúde que podem se tornar importantes estratégias para alívio, combate às doenças e promoção da saúde.

Era muito estranho essa anemia falciforme, o médico descobriu através de exames de sangue. Antes da iniciação, lutei uns cinco anos mais ou menos com a doença. (E-25; feminino; *score*: 528.31).

Para acompanhar a saúde, faço controle, a cada quatro meses faço uma ressonância da cabeça e levo no médico para ele ver se está tudo bem com a minha última cirurgia, tomo um anticonvulsivante. (E-18; feminino; *score*: 555.01).

Tenho o problema da anemia hemolítica, faço acompanhamento a cada três meses, faço exame com a oncologista, na parte da coluna, a doutora mandou procurar a clínica da dor para fazer uma avaliação. (E-8; feminino; *score*: 501.38).

As narrativas despertam a reflexão de que a enfermidade continua sendo uma questão relevante que afeta diversos aspectos, desde a fisiopatologia básica até a complexa, relação social, psíquica e econômica. Portanto, é crucial reconhecer que esses vários elementos estão relacionados e interagem de maneiras diversas (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007), em diferentes dimensões.

Apesar de ter ciência de que muitas patologias necessitam ser medicadas pelos profissionais da saúde, se o indivíduo é religioso, de modo geral busca o tratamento e a cura nas roças de candomblé, procurando atender aos dois lados. O povo de terreiro sabe que existem algumas patologias ou transtornos que os médicos não conhecem e, conseqüentemente, não conhecem os métodos de cura. Por exemplo, uma doença física ou psíquica agravada pelo desequilíbrio espiritual, desarmonias físicas e mentais provocadas por fenômenos sobrenaturais podem estar relacionadas com diversos transtornos de saúde. A sabedoria ancestral perpetuada nas roças e as práticas terapêuticas que elas oferecem ajuda as pessoas a lidar com o sofrimento e a melhorar sua saúde (SILVA, 2007).

A espiritualidade e a religiosidade e seus efeitos na saúde são temas de estudos há algum tempo, demonstrando sua ligação com diversos elementos do bem-estar físico e mental. Quando o indivíduo compreende a existência de algo maior guiando sua vida, passa a ter mais facilidade para lidar com o sofrimento de maneira mais otimista. Mas seus benefícios não se limitam à saúde psíquica. Diversas pesquisas já demonstraram a ligação da espiritualidade com a prevenção de doenças cardiovasculares, imunológicas e endocrinológicas, além de aliviar a dor. Ademais, a espiritualidade surge como um fator de

prevenção, mesmo diante das patologias, visto seu potencial para desencorajar hábitos que prejudicam o corpo, e por promover suporte terapêutico para desfechos positivos, como explicam Guimarães e Avezum (2007).

A espiritualidade é o desejo de um propósito para a vida por meio de pensamentos que transcendem o palpável, um sentimento de ligação com algo maior que o indivíduo, que pode ter conexão ou não com uma condição religiosa. A convicção de um apoio “divino” torna o sofrimento menos intenso, e os sentimentos positivos proporcionam aconchego. Essas crenças também facilitam o processo de lidar com a perda e com a mudança. A religiosidade e seus impactos na saúde são estudados há algum tempo, revelando sua conexão com vários elementos do bem-estar físico e mental.

A espiritualidade, que pode ser demonstrada por crenças, valores ou práticas, representa a busca do ser humano por conexão, seja com familiares, colegas, animais, a natureza ou qualquer coisa considerada sagrada. Chamamos de religiosidade essa demonstração específica de cada um, que pode ser algo menos intrínseco e mais ou menos organizado. Koenig (2012) afirma que a religião é um grupo de símbolos, dogmas e práticas aceitos por uma comunidade para expressar sua ligação com o que considera sagrado. Nesse sentido, Benites, Neme e Santos (2017) acrescentam que as religiões se estruturam em uma tradição acumulada com explicações que fundamentam a vida e a morte.

Em estudo conduzido por Benites, Neme e Santos (2017) com a finalidade de identificar os significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos, os resultados mostraram que a fé permitiu aos doentes reagir com esperança ao receberem o diagnóstico, o que auxiliou na adesão ao tratamento e na busca da cura ou da melhora da QV. A crença também ajudou a manter a fé dos doentes, favorecendo a superação das adversidades da doença e do procedimento, para poderem enfrentar a vida de forma mais otimista.

A fé em situação de adoecimento mostra-se como um elemento importante para os participantes do estudo em questão. O estudo de Benites, Neme e Santos (2017) enfatizou a importância de explorar a dimensão espiritual no dia a dia, destacando que “fé” é como esperança de cura, pois apoia a confiança e a busca de sentido e ressignificação da vida e a vivência da transcendência. Essa fé se evidenciou conforme a realidade vivida pelos participantes. Para melhor ilustrar, observa-se as falas dos participantes:

Quando ele retornou para a cirurgia e o médico buscou um novo exame, ele falou: rapaz, eu te perguntei e você me respondeu, acho que você tem fé mesmo, pois você acredita que a infecção está segurando com os remédios que você está tomando, com a sua fé, com o que você tem. (E-01; masculino; *score*: 752.00).

Isso é uma coisa que para quem é da nossa religião pode entender, eu lutava com esse problema de ouvido há 15 anos, fiz quatro cirurgias antes dessa cosmética de Araxá, diversos tratamentos com remédio. (E-15; masculino; *score*: 497.74).

Então se apegue com a sua fé, vamos tentar tomar esses remédios para dar uma diminuída, para gente fazer uma cirurgia, abrir o ouvido, fazer [...]. (E-1; masculino; *score*: 489.73).

Fui aposentado com diagnóstico de linfoma, os médicos não tinham o que dizer, quem me curou foi o *vodún*. Depois de três meses de iniciada, os exames passaram a dar inconclusivo e não tinha mais os sinais de linfoma; depois de seis meses afastada do hospital sem internação, foi marcada consulta. (E-11; feminino; *score*: 523.15).

Em suma, a vivência do processo de adoecer, como já referido em outros parágrafos, traz a ressignificação da vida e dos valores pessoais. A fé, a espiritualidade e o engajamento religioso, apresentados no relato dos entrevistados, mostram-se como suporte que ajudam a aceitar a enfermidade quando ela se torna certa e inevitável. Essa aceitação é seguida de vivências e transcendência, propiciadas pelo exercício da espiritualidade e da fé, que promovem a busca de sentido e de ressignificação de diversos aspectos da vida humana, redimensionando valores do próprio processo de adoecer.

### 6.2.2 Classe 3 – o candomblé como potencializador das redes de apoio social, da religiosidade e das crenças nas práticas de cuidado

Essa classe tem 788 UCEs, de 3.079, representando 25,59% da análise. Os participantes revelam suas crenças e formas de parentesco, por meio da “família simbólica”, ou seja, família de santo. Muitas vezes, essas pessoas criam laços intensos em razão do suporte recebido, configurando as relações de cuidado como rede de apoio. Assim, expressam sentimentos sobre a religiosidade e as práticas de cuidados. Do conjunto de vocábulos, a maior frequência é demonstrada pelas palavras: “mãe” ( $x^2$ : 268.33), “casa” ( $x^2$ : 238.98), “pai” ( $x^2$ : 157.18), “filho” ( $x^2$ : 128.32), “santo” ( $x^2$ : 113.1) e “dia” ( $x^2$ : 101.42).

É possível observar, nessa classe, as relações entre os cuidados, a experiência religiosa e as redes sociais de famílias do candomblé. Dessa forma, a comunidade de candomblé costuma se posicionar como uma rede de suporte, adicionando valores sem diferenciar nenhuma causalidade, pois é uma religião que prima pela igualdade e pelo respeito, defendendo as relações de família, biológica e religiosa. Participar de uma rede de apoio requer compreender o problema ou a moléstia, ter consideração pelo enfermo, bem como ser

ciente da relevância de estar a seu lado, apoiando-o no gerenciamento da doença e auxiliando-o na procura otimista de uma cura ou do controle de uma enfermidade. Isso é importante porque existem diferentes tipos de doenças (de origem biológica ou sobrenatural) e tratamentos (biomédicos ou religiosos).

Mota e Trad (2011) relatam que outros autores, como Prandi (1995) e Cossard (2008), apontam que os escravos africanos, quando chegaram ao Brasil, reuniam-se em comunidades rurais chamadas de *candomblés*, espaços sociais onde aplicavam seus saberes para cuidar de pessoas doentes, que na ocasião sofriam com a carência do tratamento oficial. Em virtude disso, Mota e Trad (2011, p. 326) consideram que: “Ainda hoje é possível afirmar que, assim como outras religiões, o *candomblé* oferece serviços de cura, atua na promoção da saúde e se constitui como rede de apoio social.”

Receber cuidados e apoio da comunidade religiosa amplia a capacidade de resiliência para que o indivíduo possa enxergar possibilidades para desfrutar de melhor QV. Embora seja clara a importância do apoio familiar para lidar com a doença, às vezes o adepto deixa de frequentar a roça por suas limitações, podendo, assim, experimentar a sensação de abandono.

Considerando esse fato, é relevante dizer que todos os familiares, amigos, ou qualquer pessoa que faça parte da vida e da rotina desse indivíduo, podem compor essa rede de apoio. Os discursos a seguir permitem identificar que, apesar das dificuldades encontradas no cuidado domiciliar, as famílias reconhecem a importância dos cuidados e dos laços familiares pregados pelo *candomblé*.

Teve um dia que fui visitar meu pai no hospital. Saí de manhã, dei café para minha mãe, dei todos os remédios dela, deixei a Gláucia com a minha sobrinha e com a vizinha e fui ver meu pai. Quando cheguei em casa, não tinha ninguém [...]. (E-24; feminino; *score*: 936.90).

Ainda mais naquele tempo, eu sabia colocar a sonda vaginal, sonda intestinal, sabia dar injeção subcutânea, eu tinha mais ou menos uma coisa de hospital, aprendi algumas coisas. Fiquei com a minha mãe em casa, eu tinha 14 anos na época. (E-2; feminino; *score*: 675.94).

O médico falou: não vou me responsabilizar pela sua mãe, mas meu irmão mais velho, que hoje tem 90 anos, assinou termo de responsabilidade e trouxe minha mãe para casa. Eu sabia alguma coisa de enfermagem. (E-2; feminino; *score*: 689.26).

[...] porque tenho que ajudar a minha filha em casa, sempre penso primeiramente na família e depois vou, mas sempre pedindo ao *vodún*, levanto todo dia cedo e agradeço a Deus e ao meu pai Odé. (E-19; masculino; *score*: 651.79).

Parece que foi Deus, quando ela veio para casa, quando conseguiu ganhar alta do hospital, foi quando saiu minha cirurgia para fazer a cirurgia da perna. Minha mãe e minha irmã vieram para cá, minha irmã é irmã de barco dela, é a *dofona* dela. (E-19; masculino; *score*: 649.38).

A pessoa afetada por uma doença precisa de apoio ou de uma rede de apoio social para permanecer socialmente incluída. O apoio social da família ou da comunidade religiosa é essencial para auxiliar na recuperação das pessoas acometidas por doenças de todos os tipos. Investir na qualidade da interação, em um processo de reciprocidade, favorece a gestão de resultados positivos tanto para quem recebe o apoio quanto para quem apoia.

Portanto, entende-se como redes de suporte social um conjunto de pessoas e relacionamentos que mantêm entre si laços típicos das relações sociais, como os adeptos das comunidades de candomblé, principalmente entre familiares, biológicos e de santo, os quais contribuem para o bem-estar das pessoas e potencializam a aplicação de estratégias de enfrentamento. No universo do candomblé, é possível notar que família e religião se misturam, formando um sistema de relacionamentos, hierarquias, laços sociais, papéis e funções (MOTA; TRAD, 2011). A criação de uma rede de apoio social pode contribuir muito para melhorar a saúde de seus seguidores, sendo importante para atender às necessidades do doente, o que terá reflexos no estado de saúde, no bem-estar e na QV.

A vida religiosa geralmente está presente no ambiente familiar e de certa forma faz parte das preocupações dos pais. As atividades realizadas nessa área costumam ser importantes para formação emocional, espiritual, de valores sociais e culturais.

Conheci o candomblé pela família, fui criada numa família que desde quando nasci todos eram, minha mãe, meu pai e meu avô. Todos eram adeptos da umbanda, eram de receber em casa algum santo da religião da umbanda. (E-4; masculino; *score*: 884.64).

[...] herança da mãe ou dos pais, os espíritos começaram se manifestar, então minha tia resolveu procurar uma casa de santo. Eu sonhava com as coisas que ela comprava para fazer para mim. Sonhava com as pessoas. (E-11; feminino; *score*: 843.20).

Uma hora ela incorporava um espírito de erê, de *maluko*,<sup>13</sup> outra hora ela ficava falando umas coisas, a gente já não aguentava mais, porque já tinha meu pai e minha mãe nessa situação dentro de casa, e ela surtou também. (E-24; feminino; *score*: 707.45).

Minha mãe seria a primeira filha de santo de *Gaiaku*, de Ogum, se tivesse voltado para fazer, mas não voltou. A maioria da família já era de candomblé, a maioria é pai e mãe de santo. (E-8; feminino; *score*: 750.24).

A religiosidade é parte importante de acontecimentos histórico-culturais ao longo da história brasileira, e sua importância está presente em diversos aspectos da vida das pessoas, como a opção religiosa na família, a opção educacional para a instrução dos filhos, bem como

<sup>13</sup> *Maluko* é um espírito infantil, semelhante ao erê, sendo o intermediário entre a matéria (pessoa) e o *vodún*. Uma de suas atribuições é transmitir as mensagens do *vodún*.

a opção terapêutica diante da situação de estresse e doença. Os discursos dos participantes revelam que o cuidado com a saúde esteve sempre presente nas práticas religiosas, associado a causas sobrenaturais e tratado com práticas místicas e substâncias naturais que tinham como objetivo promover o cuidado e a cura.

Teve festa na época na casa da *Gaiaku*, ela convidou minha avó, convidou minha mãe e minha irmã também. Foi a santa de *Gaiaku* que passou uns trabalhos para minha mãe, para ela não perder a vista. (E-8; feminino; *score*: 847.88).

Meu pai foi em uma vizinha da minha mãe, uma mulher que fazia parte do candomblé. Ela mandou ir à casa de dona Eulália: vai à dona Eulália que ela vai botar sua mulher boa. Ele foi, com medo que minha mãe morresse. (E-2; feminino; *score*: 748.04).

Depois que ela fez a iniciação, apareceu um aneurisma cerebral e ela veio para minha casa. Quando vinha aqui, bolava<sup>14</sup>, um dia ela falou: minha mãe, se eu fosse a senhora me raspava de novo. (E-2 feminino; *score*: 680.14).

A crença, a devoção e os movimentos religiosos são elementos que, ao longo da história, sempre estiveram presentes na vida humana, intervindo nas organizações sociais, políticas e culturais das civilizações. Essas práticas também influenciaram os modos de entender e cuidar da saúde. Os indivíduos, em seu contexto de saúde e doença, aproveitam-se de todos os recursos e conhecimentos disponíveis para aliviar e curar suas enfermidades.

Como aponta Souza (2009), as pessoas, em momentos muito difíceis, podem ser acometidas por profundo estado de sofrimento, a maioria de ordem emocional, psicológica ou espiritual.

Comecei a ficar agoniada por conta da minha filha, já novinha, perder a mãe. Eu já conhecia o meu pai de santo, o que me iniciou, que era Amauri de Odé. Estava na casa dele e já tinha problemas de saúde. (E-11; feminino; *score*: 715.32).

As atividades religiosas, bem como as assistenciais, podem proporcionar, sobretudo, recursos psicoemocionais e espirituais para lidar com a dor de origem diversas e também com o sofrimento alheio. Por um lado, o que chama atenção é o fato de a pessoa que promove conforto e bem-estar a outrem favorecer a própria situação de equilíbrio e paz, pois raramente aquele que realiza o tratamento não se envolve quando está em contato com o sofredor, como um sacerdote, quando está cuidando de um filho de santo enfermo. O sofrimento torna as

---

<sup>14</sup> Bolava (perdia os sentidos). Trata-se de uma situação em que o *vodún* se aproxima da pessoa. Então, a pessoa entra em transe. É considerado um sinal de que o *vodún* está convocando-a para uma iniciação ou feitura da cabeça no candomblé, como forma de resgatar a ligação com a ancestralidade (RAMOS, 2021).

peessoas mais frágeis, necessitadas de cuidados para tratar causas físicas e/ou emocionais. Alguém sempre pode ajudar, e, ao fazer isso, também se beneficia.

[...] falei vou me matar, a entidade disse: tá bom, estou indo embora. Minha mãe desvirou e já veio a entidade do pai de santo, com um filho dele, que é bem mais velho, um dos mais velhos da casa, falar comigo, me aconselhar e fazer o *ebó*. (E-17; feminino; *score*: 693.21).

As pessoas, de modo geral, procuram um propósito para viver, uma razão para seguir, e, nesse meio tempo, vale ressaltar que elementos como fé, esperança e amor são desejos internos, portanto constituintes da natureza essencial humana (SOUZA, 2009).

Entender o ser humano em diferentes momentos da vida, sobretudo em questões de saúde e doença, requer, primariamente, resgatar valores fundamentais em relação à sua cultura que por vezes fica esquecida, particularmente quando se trata de tratamento que envolvendo cultura afro, a qual por muito tempo foi perseguida e proibida (CONCEIÇÃO; MIRANDA, 2020). O culto às ancestralidades era vetado, qualquer coisa que tivesse a ver com a cultura africana sofreria grandes perseguições, que se estenderam por longos anos. Os direitos ao credo foram negados, dificultando, assim, a assistência religiosa aos seguidores das religiões de matriz africana. Isto é evidenciado no seguinte enunciado:

Minha mãe foi curada por uma mulher de Oxum chamada dona Eulália, meu pai não acreditava em nada. Antigamente, o *candomblé* era uma coisa: era muito marginalizado e descompreendido, era uma coisa horrível. Mandavam matar gente do *candomblé*, fechavam casa de *candomblé* e tudo. (E-2; feminino; *score*: 748.18).

Para compreender o ser em momentos de dificuldade, é necessário analisá-lo da forma a mais ampla possível, para que os benefícios atendam às exigências do cuidado. Os métodos de tratamentos oferecidos pelas roças dependem da origem da doença, sempre diferenciando entre problemas de ordem espiritual ou física. Os consulentes buscam o cuidado espiritual considerando que essas abordagens serão mais eficazes para seus sintomas. Quando os sintomas apontam para doenças orgânicas, a ajuda que vem do sacerdote é indicar a melhor opção para recuperação. Portanto, orienta combinar o tratamento biomédico e espiritual.

À medida que o tempo foi passando, os cuidados místicos tornaram-se cada vez mais cautelosos e exigentes, sendo necessária uma estratégia de vigilância por parte do sacerdote ou da sacerdotisa que está a cargo dos tratamentos, diante das inovações tecnológicas e dos novos conhecimentos da ciência biomédica (BARBOSA *et al.*, 2018).

Os discursos seguintes são permeados por uma estratégia de cuidado que, conseqüentemente, torna-se parte das ações rituais de quem é iniciado. A importância do pensamento é crucial para as práticas religiosas de cultos de origem africana, que requerem que os fiéis se sintam parte integrante da natureza, do Universo, dos rituais e da própria identidade de seus deuses, criando um sentimento de respeito, dependência, integração e, simultaneamente, submissão à divindade. Diante disso, consideram sua residência como uma extensão da natureza, dos reinos de seus *vodúns*.

Eu mesmo brigo com meu santo, com meu pai. Em casa, me cuido, tenho em casa minhas quartinhas para a minha cabeça, tenho a quartinha do papai Azansu, de mãe Iemanjá e de pai Olissá, e tenho assentamento de pai Olissá em casa. (E-11; feminino; *score*: 798.01).

Aí, peguei o santo, o meu e o dele, e trouxe para a minha casa, fiz um quartinho e botei os *igbás*, o dele e o meu, mas a mãe pequena da casa disse que com um determinado tempo teria que separar [...]. (E-10; feminino; *score*: 656.34).

Na época em que saí da casa dele, quando fui pegar meu santo, soube que minha mãe (o *vodún*) não queria sair de lá, minha mãe Oxum e minha mãe Iemanjá não queriam que eu saísse. (E-24; masculino; *score*: 699.32).

O indivíduo é complexo, único e multidimensional, e a condição humana é composta por fatores que se relacionam e dependem uns dos outros nos aspectos social, biológico, psicológico e espiritual. Quando um desses fatores é afetado, a pessoa, na totalidade, sofre conseqüências em sua saúde.

A humanidade reverencia o sobrenatural, que influencia as práticas, as crenças e os valores dos povos consoantes o contexto sociocultural e político. Nesse sentido, Souza (2009) refere que as manifestações do sagrado em símbolos, mitos ou seres sobrenaturais também influenciaram como compreendemos a saúde e as doenças.

Todos os que estão na roça de candomblé aprendem nas trocas de experiências e interações do dia a dia. O ato educacional das crianças, jovens e adultos, de todos que se encontram envolvidos nesse âmbito, passa pelo processo de ensinamentos constantes, que direcionam para a construção da identidade, respeito e responsabilidades religiosas e sociais (CONCEIÇÃO; MIRANDA, 2020). Isso percebe no enunciado a seguir.

Pagar uma conta tem que ser importante, não pode sair e fazer qualquer coisa, esbanjar. Ela foi uma menina que teve filhos novinha e não teve acompanhamento do pai e da mãe, viveu sozinha, não tinha essa educação, e nós ensinamos. (E-11; feminino; *score*: 658.55).

Na religião de matriz africana, a oralidade e a memória são elementos culturais que fazem parte da tradição de um povo. Nas roças de candomblé, os ensinamentos são transmitidos pela tradição oral, que é uma forma de preservar a cultura africana deixada pelos ancestrais. Esse contexto é composto de histórias, lendas, orações, canções e representações de objetos, ferramentas, instrumentos de percussão e tantos outros, que fazem parte da cultura do candomblé (CONCEIÇÃO; MIRANDA, 2020). Por fim, na roça de candomblé há um momento para brincar e para aprender. Há muitos mitos, histórias e lendas sobre diversos assuntos, que vêm da tradição do candomblé.

## **7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TRATAMENTO RELIGIOSO: INTERAÇÃO E INTERSEÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA, A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE**

Este capítulo pretende apresentar uma síntese dos resultados discutidos nas abordagens estrutural e processual das representações sociais do tratamento religioso para adeptos da nação *Jeje Mahí* e destacar o contexto do cuidado da enfermagem sob a perspectiva da teoria do cuidado transcultural, de Madeleine Leininger.

Considerando as dimensões do cuidado, é relevante pensar na relação entre o tratamento religioso e a saúde em um sistema cultural religioso que se apresenta como um campo fecundo. Nesse campo, encontram-se a espiritualidade, a religiosidade, a religião, a QV e as representações sociais em processo de inter-relação, uma vez que o cuidado de saúde se mostra como um desafio a ser moldado a partir da complexa relação entre essas dimensões, envolvendo terapias de saúde e atuação dos profissionais no contexto cultural do Brasil, considerando a diversidade religiosa.

Nesse sentido, Geertz (2008 [1926]) refere que a religião é entendida como um sistema cultural, sendo a cultura um conjunto de significados transmitidos historicamente, um sistema de concepções transmitidas e demonstradas em formas simbólicas pelas quais os humanos relacionam-se, propagam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à existência. Destaca-se que a questão central do estudo foi investigar a repercussão do tratamento religioso na QV no contexto cultural em que está inserido, a qual possivelmente sofre influências da formação psicossocial. Geertz (2008 [1926]) sustenta que os símbolos sagrados representam o *ethos* de um povo, o que resulta em uma cosmovisão, uma disposição harmônica e tradicional, uma maneira específica de apreensão dos eventos da vida, como o adoecimento, por exemplo, refletindo na opção pelo tratamento.

Nesse contexto, é notável a figura dos *vodúns* como um símbolo sagrado que atravessa todos os que participaram deste estudo. Chama atenção o fato de essa figura ser dividida entre se mostrar como um legado de uma tradição religiosa ligada a deuses africanos e revelar-se como uma verdade transcendente, inclusive com o poder de tratar e de curar. Os rituais do candomblé e a espiritualidade estão inseridos no percurso religioso terapêutico de uma realidade, como um sistema de símbolos que atua para motivar as pessoas sobre a origem da existência.

Como considera Geertz (2008 [1926]), um símbolo pode ser qualquer objeto, ato, acontecimento ou relação que se vincula a uma concepção. Os *rungebes* (colar sagrado) e pulseiras de coral, por exemplo, são símbolos que podem indicar o grupo ao qual se pertence. Assim como o *yan* (colar de miçangas) pode significar a proteção por um *vodún* em ocasiões de preocupação com a saúde. Considerando Geertz (2008 [1926]), é possível concluir que as análises realizadas neste estudo indicam que a harmonia cognitiva e o conjunto de significados desse mundo simbólico são entendimentos possíveis e afetivos para os que nele habitam, representando um estilo e uma prática de tratamento para a saúde adaptados à cosmogonia própria do candomblé presente em suas comunidades.

Nesse sentido, Geertz destaca que:

Na crença e na prática religiosa, o *ethos* de um grupo torna-se intelectualmente razoável porque demonstra representar um tipo de vida idealmente adaptado ao estado de coisas atual que a visão de mundo descreve, enquanto essa visão de mundo torna-se emocionalmente convincente por ser apresentada como uma imagem de um estado de coisas verdadeiro, especialmente bem-arrumado para acomodar tal tipo de vida. (GEERTZ, 2008 [1926], p. 67).

Dessa forma, percebe-se uma construção de sentido que envolve a existência, dando-lhe coerência para a vida cotidiana e concordando com atitudes diante da realidade que norteiam reflexos na QV, assim como a adoção de práticas de tratamento específicas diante de determinadas situações de saúde e a descoberta de uma enfermidade. O enfrentamento do dia a dia com a adoção de práticas religiosas, isto é, relacionadas com tratamentos religiosos, relaciona-se com o enfrentamento diante do desajuste momentâneo na disposição material do corpo causado por doença ou ausência de diagnóstico, direcionando um novo sentido a partir de uma rede de representações sociais, incluindo a do próprio tratamento, a do *vodúns*, a da doença, e assim por diante.

As experiências que envolvem a descoberta do transtorno da saúde, a aquisição de uma doença, o enfrentamento das construções simbólicas relacionadas com a doença, a possibilidade de lidar com limitações e a vivência de dificuldades ganham contornos, tornando-se significativos em todos os eventos da vida da pessoa. Nesse modelo de pensamento proposto por Geertz (2008 [1926]), a vida humana é inserida em uma cosmologia divina que a mantém distante da dureza da existência real ou a torna forte em situações nas quais está totalmente vulnerável.

A vida é compreendida pelo conjunto, e, assim, cada acontecimento, ação e atitude adquirem um significado de transcendência. A existência de algo ruim, como o adoecimento e

a possibilidade de incapacidade ou de morte, em geral, provoca um dilema em uma realidade considerada espiritual, envolvendo questões sobrenaturais. Comumente, os participantes têm um discurso que apoia essa construção.

Dessa forma, percebe-se um sistema cultural que se baseia em crenças, atitudes, construções simbólicas, doutrinas, dimensões tradicionais e fundadoras de rituais que regem o comportamento dos adeptos. Além disso, há a ideia de intervenção sobrenatural na realidade humana, complexo teológico que nutre o grupo e a relação pessoal com o divino, que pode ser influenciada pelo aparato religioso. No âmbito desse sistema, importa analisar de que maneira o tratamento religioso e a reconstrução sociocognitiva da espiritualidade e da religiosidade se refletem na QV.

Essa noção de sistema cultural faz interface com a TRS, pois nesse sistema é possível compreender o contexto em que o conhecimento socialmente compartilhado é criado, incluindo conhecimentos ancestrais, experiências, conteúdo de conversas, questões atuais que afetam os grupos sociais e as memórias de grupo. Além disso, no contexto do objeto de estudo, conversas, cultura e saberes do senso comum compartilhados com outros membros da comunidade religiosa e familiares podem organizar, orientar e construir comportamentos a partir de um ponto de vista da realidade sob a perspectiva da experiência.

O sistema cultural pode promover informações, tornando a cultura uma importante ferramenta de compreensão dos discursos e a criação de um espaço de diálogo. Assim, a interação social entre os membros de uma comunidade consequentemente influencia a QV. Nesse sentido, Jodelet (2001) sustenta que esse contexto de representações compartilhadas é indispensável para a comunicação social, uma vez que fornece um referencial cultural em comum.

As representações sociais defendem que não vivemos apenas em um mundo feito de objetos, sejam naturais ou artificiais, mas também em um mundo de pensamento, construído e reconstruído constantemente pela atividade cognitiva e comunicativa humana (SÁ, 2002). Dentro dessa construção, pode-se considerar a influência da cultura social e religiosa na QV. Dessa maneira, as representações sociais do tratamento religioso encontradas estão apoiadas em elementos que, para o grupo, são fundamentais, como a fé, a crença nas divindades e na ancestralidade e o afeto. A divindade tem características e está presente em eventos que fazem parte da constituição do objeto na condição de merecimento; tem relação com as práticas sociais e ritualísticas desenvolvidas pelos indivíduos em relação ao objeto; e está ligada a um itinerário terapêutico religioso que regula as condutas, atitudes e normas religiosas da comunidade, além de estar ligada a fatores históricos e ideológicos.

Na análise do estudo, a divindade (ancestralidade ou *vodún*) é o ser em quem se acredita, que é confiável e pode curar, estando presente na fala de muitos participantes como o protetor. A ancestralidade é forte e presente em suas existências, mas fé, amor e respeito são requisitos necessários para alcançar as benesses. Os participantes associaram o tratamento a elementos ritualísticos e normativos da religião, como as obrigações<sup>15</sup> litúrgicas, hierarquia, responsabilidade, compromisso, respeito e irmandade, além de aspectos afetivos e práticos. A fé desperta a esperança de cura por meio das ritualísticas, fazendo parte do processo de enfrentamento, no espaço do candomblé criado para promover a saúde.

Ao analisar a discursividade e a abordagem estrutural, foi possível notar uma ligação entre a representação social do tratamento religioso e a QV, uma vez que têm em comum a dimensão fé. As ações práticas em relação aos tratamentos para a saúde, a procura de alívio, cura e religiosidade, bem como a crença em divindades, podem significar, para o grupo, uma forma de expressar a espiritualidade e a religiosidade em suas vidas. Nesse contexto, estão presentes os princípios morais, sociais e a crença em forças sobrenaturais, podendo a religião incentivar a ideia de ligação com o sagrado ou o transcendente por meio das práticas rituais que se relacionam com a troca de energia, como *obí*, *borí*, oferendas com alimentos e banho com ervas. Para os participantes, esses são tratamentos importantes e têm potencial para interferir na QV.

No presente estudo, a relação do tratamento religioso com a QV se deu de diversas formas, sendo apontada por falas dos participantes que trazem elementos que representam a QV, como conexão com outros, socialização e sociabilização; mudança de comportamento para saúde; mudança do jeito de pensar; retirada das drogas e superação da depressão. A saúde espiritual contribui para a promoção da saúde física em função crença a respeito da influência divina sobre a consciência, ao mesmo tempo que se relaciona com a ideia de ser pessoas melhores, ter sentido na vida e viver de forma mais simples e humilde.

A análise das evocações livres e das entrevistas revela uma dimensão prática das intervenções religiosas, envolvendo a fé com resultados benéficos. Além disso, aponta a relação do tratamento religioso com a QV, mediada pelo *orí*, que tem a responsabilidade de harmonizar e equilibrar a saúde espiritual com a saúde física, de forma a exercer influências na QV. É relevante destacar que *orí* é uma divindade cultuada sem assentamento (compartimento em que são colocados elementos ritualísticos), abrigado no crânio de forma não física, mas perceptível e

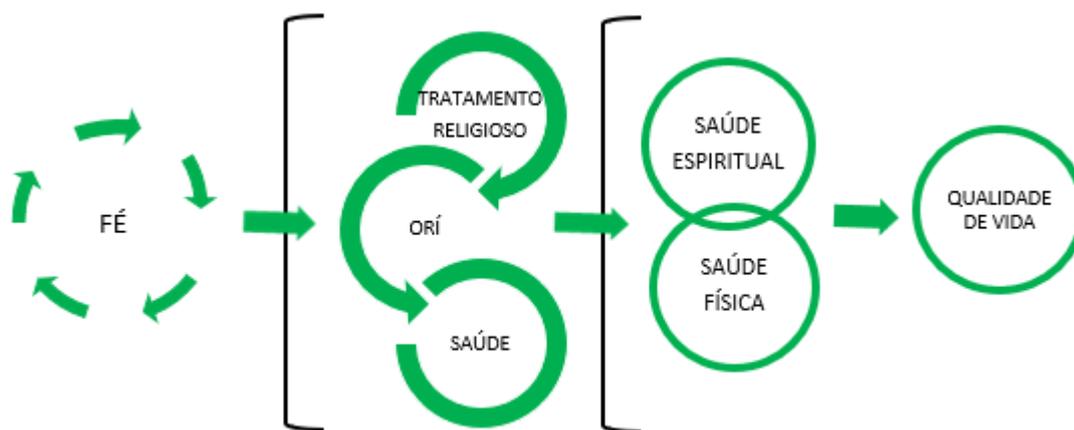
---

<sup>15</sup> Obrigação é um conjunto de ritos que visam a fortalecer os laços entre o indivíduo e o *vodún*; conjunto de ações que devem ser realizadas e oferecidas ao *vodún* para alcançar benesses.

poderoso. O *orí* é considerado a centelha divina do criador que habita nos humanos, é uma divindade pessoal cultuada e é a mais importante do panteão entre as divindades, pois, seja qual for o empenho das outras divindades em favorecer determinada pessoa, não conseguirá se *orí* não permitir. Todo e qualquer progresso dependerá do que for sancionado por *orí* (SANTOS, 2020).

Esse pensamento serviu de base para a elaboração de um modelo teórico sobre a relação entre o tratamento religioso e a QV da representação social do grupo estudado.

Figura 7 – Modelo teórico da relação do tratamento religioso com a qualidade de vida para adeptos da nação *Jeje Mahí*, 2023



Fonte: A autora, 2023.

Diante do que foi apresentado, é possível acreditar que os elementos da QV sejam estimulados pelo tratamento religioso por meio de consequências psicológicas que refletem na mente e nas respostas do organismo, conforme a crença do indivíduo. Nesse contexto, a fé surge como uma condição prospectiva, promovendo a conexão capaz de incentivar a submissão ao tratamento religioso, sendo essa uma das formas de equilibrar o *orí* para promoção da saúde e da QV.

Vale salientar que, na cosmologia do candomblé, quando falta a fé, as oferendas, os banhos, as obrigações e os demais rituais podem ser questionados pelo *orí* da pessoa, gerando um desequilíbrio que interfere na comunicação da pessoa com as divindades e a natureza e, conseqüentemente, na troca de energias, repercutindo, assim, de modo não favorável no bem-estar espiritual e na saúde. Na representação dos participantes, ao surgir o elemento fé, além de estar presente uma relação com os *vodúns* e a espiritualidade, entende-se também haver uma relação com o *orí* e com a comunidade de modo geral.

A respeito da representação do objeto de estudo, ao longo da pesquisa, são observadas duas dimensões que se destacam: uma que diz respeito ao contato do ser humano com a espiritualidade (sentimentos, energia, contato com as divindades) e outra que diz respeito à religião como instituição e rede de apoio. Dessa maneira, as representações em questão mostram a relevância dos *vodúns* nas roças da nação *Jeje* e revelam que a fé ocupa um lugar de conexão no pensamento do grupo, fazendo a ponte, por um lado, entre tratamento religioso, *orí*, QV e representações sociais e, por outro, entre divindades, *orí* e os rituais que contribuem para resultados em um processo de saúde e de socialização e sociabilidade que contribuem para a QV.

Os resultados demonstram que, para o grupo em questão, tanto a representação do tratamento religioso quanto a da QV apresentam um sistema cultural e uma significativa ligação entre religião e apoio social que influenciam o grupo em sua forma de ver o mundo, de se relacionar com as pessoas, de tratar a saúde e de mudanças de comportamento que estimulam ações positivas que contribuem para melhor QV.

Dadas a importância que o tratamento religioso tem na cultura do povo de santo e a influência que pode ter nas práticas de promoção da saúde a partir das representações de um grupo, é oportuno trazer esse tema para discussão com os profissionais de saúde. Cabe ainda abordar questões cotidianas, como a permissão da entrada de sacerdote para a visita religiosa, uma vez que esse pode ser um tema difícil para alguns. Além dessa situação, é relevante destacar a presença de objetos religiosos, como amuletos, que podem significar conforto e esperança para o enfermo, ao mesmo tempo que podem gerar esperança e bem-estar.

Nesse cenário, a enfermagem, como área de conhecimento e profissão, está envolvida por todos os elementos que abrangem esse campo. Apesar do desenvolvimento e aperfeiçoamento desde seu surgimento, conquistando novos espaços na academia, percebe-se que, na prática, para oferecer um cuidado holístico, com a perspectiva de atender às necessidades dos indivíduos de diferentes religiões, inclusive as de origem africana, é necessário melhorar a conexão da teoria com a prática.

### **7.1 A interface entre o tratamento religioso e a teoria transcultural de Leininger na prática de enfermagem: uma possibilidade para o cuidado holístico diante de crenças pessoais**

Inúmeros são os estudos reportando que crenças pessoais e religiosidade refletem na saúde e, como consequência, interferem nos cuidados de enfermagem desenvolvidos nos estabelecimentos de saúde, por serem questões culturais ou ter interface com elas. Assim, é relevante considerar um cuidado holístico e integral, com a inclusão de elementos culturais, como a espiritualidade, as crenças pessoais e a religiosidade, para oferecer um cuidado que condiga com a cultura do indivíduo. Portanto, os cuidados devem ser fundamentados no conhecimento e com cautela, em razão da influência das crenças pessoais nos cuidados e tratamentos para a saúde.

O cuidado de enfermagem tem como objetivo compreender o ser humano de forma ampla, enfatizando sua integralidade em um entendimento aprofundado das diversidades e dos contextos socioculturais. Diante do contexto cultural e social do objeto de estudo, é possível notar que a fundamentação nos pressupostos da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural (TDUCC), de Leininger, oferece a possibilidade de observar e associar as diferenças do grupo e seus respectivos hábitos, em especial coletar dados sobre costumes e cultura, o que pode ajudar a enfermagem a compreender o significado das crenças dos indivíduos (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Identificar o cuidado sob a perspectiva das pessoas e compreender a origem sociocultural dos problemas de saúde de modo que o indivíduo tenha participação nas escolhas, bem como considerar o contexto religioso, podem colaborar para uma sistematização da assistência mais assertiva. O cuidado que se fundamenta no conhecimento sobre como o grupo e/ou as populações específicas se adaptam ou não às recomendações e aos protocolos oficiais de saúde pode favorecer a educação em saúde dessa população.

Mudanças adaptativas são necessárias para o cuidado durante a doença, como considerar a cultura alimentar, a presença de adornos religiosos e a visita de sacerdotes, no cuidado individual e coletivo à saúde. Tal fato depende da conscientização, aceitação e aquisição de conhecimento por parte dos profissionais. A enfermagem transcultural fundamenta a prática e a instrumentaliza para que o enfermeiro ofereça cuidados refletindo sobre os cenários e a mudança de comportamento, compreendendo a origem sociocultural da maioria das complicações de saúde. O cuidado transcultural pode ter impacto benéfico na obtenção de

resultados positivos em relação à aquisição de novos hábitos e de aceitar o tratamento, inclusive pela diferença de crenças religiosas e de como lidar com a religião em um ambiente diverso.

Assim, ao refletir sobre o cuidado no contexto de saúde, poderá emergir problemas religiosos e espirituais que incomodem tanto o profissional quanto o paciente, ou ainda interferir na assistência por diferenças de crenças religiosas e de como lidar com aqueles que têm uma religião diferente.

A teoria de Leininger — a aplicação da TDUCC — favorece a obtenção de informações que auxiliam na execução de novas ações e comportamentos, no reconhecimento das diferenças e na fundamentação para a prática do cuidado de enfermagem (NOGUEIRA, 2019).

Com base nos conhecimentos da TDUCC, a enfermagem pode propor ações de cuidado que ponderem as crenças e seus valores, além de combinar adaptações educativas e assistenciais ao modo de vida do indivíduo e da população, de forma que as orientações do tratamento biomédico sejam aceitas e acomodadas, possibilitando que a prática do cuidado se torne eficaz e significativa (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Assim, deve-se compreender o comportamento dos adeptos de diferentes religiões que preferem a ação ritual e a assistência de seus sacerdotes em substituição aos cuidados da unidade de saúde, o que requer ações para amenizar essa situação. Logo, é necessário entender que os templos religiosos também atuam como espaços de assistência à saúde e que os estabelecimentos de assistência à saúde oficial precisam ser um lugar mais acolhedor para as diversas religiosidades. Portanto, considerar a complexa relação da espiritualidade, religiosidade e religião com a saúde é importante para chegar a soluções inovadoras que permitam a interface entre profissionais da saúde, adeptos e líderes religiosos, buscando, dessa forma, assegurar uma assistência igualitária aos usuários do sistema de saúde e à população das comunidades de terreiro, que, na verdade, são os mesmos, mas em lugares diferentes.

De acordo com Almeida *et al.* (2021), o enfermeiro consegue interferir nos hábitos, crenças e valores das pessoas de uma comunidade ao planejar o cuidado cultural individualmente, mas para isso precisa ter familiaridade com as expressões humanas, a estrutura social, a cultura, a educação e a saúde. Esse é um desafio particular na elaboração de um modelo de enfermagem que leve em consideração a religiosidade e a espiritualidade. Logo, é preciso encontrar um equilíbrio nos pressupostos defendidos pela TDUCC, ou seja, equilíbrio entre preservação e manutenção, acomodação e negociação, e padronização e estruturação do cuidado cultural. Isso implica, dentro do objeto de estudo, uma análise da religiosidade e da espiritualidade do paciente no que diz respeito ao adoecimento e à

implementação de cuidado para amenizar o impacto que a doença impõe ao sistema de crenças dos enfermos.

Diante disso, importa uma análise de sua inserção na comunidade de fé, dados a representação e o modo como o processo saúde-doença influencia a relação com as crenças, os rituais e as escolhas para tratar a saúde, bem como a compreensão do sentido de vida que se constrói a partir de como o indivíduo se percebe no contexto em que vive.

O cuidado de enfermagem é complexo e requer análise da cultura e das representações sociais para atingir níveis de saúde crescentes. Nesse sentido, destaca-se que saber a afiliação religiosa e obter informação sobre ela é importante para o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem. Segundo Almeida *et al.* (2021), reconhecer e analisar o conteúdo do conhecimento, a cultura dos indivíduos e dos grupos para oferecer o cuidado é indispensável, pois, por causa da diversidade cultural, existem diferentes maneiras de pensar e agir em saúde, o que pode alterar e interferir na realidade do cuidado ou do tratamento.

Mediante o exposto, coletar informações sobre crenças, visão do tratamento, forma como o indivíduo se relaciona com práticas ritualísticas e cotidianas é necessário para que os profissionais de saúde possam auxiliar no equilíbrio emocional, no conforto espiritual e religioso, o que requer escuta acolhedora e empatia para permitir a integração do tratamento religioso com o biomédico (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Outra questão que merece ser abordada é a prática da fé, sentimento que movimenta e encoraja o ser humano a enfrentar os desafios inerentes à vida e o impulsiona nos caminhos da existência, o que implica o modo como o transcendente vivenciado é introduzido na vida do indivíduo. Portanto, a partir das queixas no contexto do processo de adoecimento, o profissional de saúde deve ficar atento a associações negativas, sentimento de estar sendo castigado e de culpa, pois isso pode gerar desordens psicológicas, depressão e dificuldades para aderir a um tratamento (NOGUEIRA, 2019). Ao se deparar com indivíduos que apresentam esse pensamento, cabe ao enfermeiro intervir, acomodando o cuidado e orientando para que ele mantenha sua fé, tirando as dúvidas sobre a enfermidade com a perspectiva de promover o bem-estar. Contudo, Almeida *et al.* (2021) identificam que há uma dificuldade natural entre os profissionais de saúde para lidar com a situação multicultural e teológica.

Embora não se deva exigir que os enfermeiros estejam familiarizados com as confissões religiosas, torna-se pertinente refletir sobre cuidado integral de enfermagem, em que se insere a escuta empática, de modo a permitir um diálogo no qual as necessidades biológicas, religiosas e espirituais específicas sejam observadas e consideradas. Nesse sentido,

a TDUCC de Leininger permite que os pressupostos conceituais da teoria sejam comparados à realidade dos fatores que refletem na saúde, no bem-estar, na QV e em como deve ser planejada a assistência de enfermagem na prática do cuidado transcultural.

Por fim, considerando a multiculturalidade presente nos ambientes de assistência à saúde, percebe-se que os princípios da teoria transcultural podem auxiliar e favorecer a sistematização da assistência de enfermagem.

## CONCLUSÃO

Ao abordar temas ligados ao tratamento religioso, à saúde e à QV, bem como à questão da espiritualidade e religiosidade, percebe-se o quão complexas e intrínsecas são essas questões ao longo dos tempos. De acordo com a história, a ligação da saúde com a religião é composta por uma série de elementos que podem influenciar o pensamento humano e provocar comportamentos, favoráveis ou não, nos quais os principais envolvem a ciência biomédica, a religião e o senso comum.

Como já mencionado, na Antiguidade havia um impacto religioso na saúde, que levava ao sofrimento do corpo físico, causando a ideia de purificação. No âmbito religioso, sobretudo nas religiões de origem cristã, a doença era associada à existência do pecado. Com o passar dos tempos, isso foi se modificando, passando a expressar medo e incerteza quanto à recuperação.

Destaca-se que as pessoas, ao descobrirem um diagnóstico ruim ou crônico, veem na religião e na religiosidade uma importância espiritual que as acalenta e auxilia em seu enfrentamento. Para os participantes do estudo, a religião, particularmente o candomblé, mostra-se como um conjunto de crenças e práticas baseadas em rituais que possibilitam a comunicação e as aproximam do divino, entendido como *vodún*. Além disso, há uma função social que pode oferecer regras de conduta entre os membros ou ser um sistema de símbolos que permite ajustar as ações do indivíduo para haver uma conformidade na cosmogonia.

A análise da religiosidade, verificada com a escala de DUREL, para medir o grau de envolvimento religioso, mostrou que os participantes do presente estudo apresentam alto índice de religiosidade intrínseca. Com relação à religiosidade, destaca-se que ela corresponde ao envolvimento religioso de uma pessoa, tendo como consequência seu reflexo em sua vida. A partir do contexto religioso do candomblé, percebe-se uma espécie de leitura daquilo que pode dar sentido às angústias de vida do indivíduo que se encontra em um cenário relacionado com processos de incorporação de estresse, mal-estar e estilos de vida conturbados. Nesse sentido, é possível compreender a religião como forma de escapar de uma situação turbulenta, e, quando se trata da instalação de um processo saúde-doença, o papel dessa instância se torna mais relevante, por meio do tratamento religioso, com o objetivo tratar ou amenizar o sofrimento que surge do problema, configurando-se como uma rede de apoio simbólico e prático.

A partir do conjunto dos dados analisados, baseado na TRS, observou-se que o significado do tratamento religioso passa por construções simbólicas que têm elementos positivos, em razão de seu contexto transcendental, de sua importância e de sua tradição

terapêutica. Notou-se também que o tratamento religioso pode ser, de forma singular, um suporte no enfrentamento do diagnóstico de uma doença. A doença pode ser vista como uma forma de aprendizado, em que o problema é percebido como um modo de respeitar os limites da vida e o destino que foi traçado previamente junto à divindade suprema. Outro ponto importante em relação ao tratamento religioso e à QV é a diminuição da probabilidade de eventos estressantes por meio de um código de conduta que disciplina e incentiva a mudança de hábitos e a manutenção da cultura.

A cultura religiosa se apresentou como uma produção constante e dinâmica de significados que transitaram pelos sentidos, pela significação das coisas, pelo culto aos *vodúns* e pelos rituais como instrumento de uma cultura chamada candomblé, que promove o encontro entre a emoção e o afeto, o que alimenta a crença, a alma e o sistema simbólico da cultura africana. Assim, torna o espaço de culto um lugar de cuidados, tratamento e produção de novos sentidos manifestados nos cantos, nas palmas, nas lágrimas, nas oferendas e na energia viva que desce do *orum* ou no calor que surge do *Aiyê*. Isso confirma a crença, e tudo isso se manifesta em ações e atitudes.

Considera-se que as crenças levam ao tratamento religioso que pode influenciar comportamentos, atitudes e ética que se baseiam em ações aceitáveis em uma dimensão prático-afetiva, podendo oferecer nova perspectiva de vida diante de um problema. Isso mostra o poder das crenças pessoais e da fé que condiciona o tratamento religioso no contexto do candomblé. Dessa maneira, podem aumentar a aceitação do estado de saúde ou de uma condição de vida e proporcionar novas perspectivas para as relações interpessoais e sociais. Assim, por meio deste estudo, observou-se que o tratamento religioso se apresenta como um fator positivo na vida dos adeptos para conviverem melhor com a realidade que os cerca, adquirindo habilidades de relações sociais, familiar e vivência em comunidade.

Ao se estudar a estrutura de pensamento do grupo, verificou-se que o tratamento religioso influencia as ações dos adeptos. Permiteu ainda identificar que a religiosidade se fundamenta na cosmologia africana, sendo bastante representativa no grupo. A análise prototípica mostrou que a fé foi compartilhada com possíveis elementos centrais para as representações do tratamento religioso e QV. A saúde foi compartilhada na análise prototípica e de similitude da representação de bem-estar e QV. O amor foi candidato a elemento central na representação do tratamento religioso, referindo que ele passa pela religião como um instrumento para se chegar ao divino, seja por práticas religiosas/espirituais pessoais, com práticas individuais, seja na roça, ao se elevar espiritualmente nos rituais junto à comunidade religiosa.

A partir dos dados levantados, a análise prototípica de QV revelou que, no pensamento social desse grupo, QV significa saúde, paz, fé e felicidade, o que foi posteriormente reforçado pela análise de similitude. Ao analisar a estrutura representacional do tratamento religioso, como se vê nos resultados, constata-se que o grupo considera o amor, a fé e o respeito como um processo de configuração pessoal e grupal indispensável, pois foram os elementos de maior relevância na análise. Com isso, pôde-se pensar que a crença e o tratamento religioso são meios para lidar com as questões cotidianas e o modo de ver o mundo, o que conseqüentemente traz influência na QV. Posteriormente, nas entrevistas, diante de narrativa dos tratamentos ritualísticos realizados, ganhou destaque a figura do “*ori*” (entendido como *vodún* maior), envolvido na modulação entre tratamento, saúde e QV.

Para o grupo, o tratamento religioso está relacionado com efeitos positivos que contribuem para a QV. As dimensões da prática de cuidados e afetiva são sentidas como um ponto forte para a maior parte dos participantes, pois o ambiente institucional religioso do *candomblé* é creditado ao valor de um espaço familiar e de conforto para as dificuldades impostas pelas adversidades, ao mesmo tempo que se configura como um espaço que mantém uma rede de apoio e de cuidados. Assim, identifica-se que a prática de cuidado religioso, no *candomblé*, pode favorecer a si e o outro para enfrentar desafios, uma vez que a roça se configura como espaço de acolhimento, de tratamento e cuidado para a saúde. Na cosmovisão do *candomblé*, ser solidário e auxiliar ao outro representa o encontro de forças que favorece a obtenção de bênçãos do sagrado.

Neste estudo, a representação social do tratamento religioso evidenciou uma abordagem pautada em múltiplas dimensões. As representações perpassam os diferentes processos de construção, que interferem na forma como o indivíduo se percebe e se posiciona, intermediando a QV. Há, então, um encontro de afeto em meio à dimensão prática e religiosa em que os adeptos entendem que bem-estar e QV se relacionam em meio às divindades.

O grupo identifica nessa dimensão uma propriedade capaz de se relacionar com a divindade. De outro modo, o efeito da dimensão da religiosidade e do tratamento religioso majoritariamente é identificado por promover fatores benéficos para as questões contidas no enfrentamento dos problemas. Demonstra-se que, dessa relação, ocorre o suporte necessário para a manutenção da vida em sua plenitude, em que pese o cuidado religioso como facilitador para adesão a terapias, mudanças de comportamento e hábitos em relação a aspectos de ordem biológica, emocional e afetiva, social ou espiritual, relacionando-se com o contexto da QV.

Por fim, o presente estudo mostrou que as intervenções — tratamento religioso — estão ligadas a diversas áreas da vida humana, o que leva à precipitação de fatores que contribuem para a QV, os quais incentivam mudanças de hábitos, despertam o respeito, a conexão com divindades e modificam a vida cotidiana e espiritual dos adeptos em aspectos subjetivos e de educação para a saúde. Dessa forma, as representações do tratamento religioso são uma expressão da realidade prática do grupo. Essa proposta torna possível compreender a relação do indivíduo com o divino e suas crenças. Suas práticas espirituais e religiosas influenciam outras, representadas por uma relação condicional que envolve fé, afeto, tratamento religioso e QV, dando sentido e propósito para lidar com os desafios do adoecimento e do cotidiano.

Sobre as formas de cuidado, o conhecimento das crenças e da cultura do cliente pode ajudar na orientação de hábitos de vida mais saudáveis, que o ajude a lidar e a se adaptar a tratamentos e negociar práticas para uma vida mais sadia. Portanto, é relevante direcionar o cuidado para que a fé traga conforto, força e alento. Por fim, com base na TRS e ao associar o cuidado à teoria da enfermagem transcultural, é pertinente refletir sobre o cuidado de enfermagem. Dessa forma, percebe-se que o enfermeiro deve se esforçar para compreender o ambiente cultural em que o cliente vive, e considerar seu pensamento e sua ligação com divindades, religião e crença, para assegurar um cuidado holístico.

Ao final do estudo, pode-se dizer que os objetivos iniciais propostos e as questões que o nortearam foram considerados. Algumas limitações também foram observadas, como o número de participantes por cenário e a necessidade de testes para confirmar o núcleo central. Portanto, outros estudos são sugeridos, no sentido de compreender a natureza do tratamento religioso na QV e na prática dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABIMBOLA, W. *A concepção iorubá da personalidade humana*. Tradução: Luiz L. Marin. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique, 2011 [1981].
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (org.). *Estudos interdisciplinares em representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.
- ABRIC, J. C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- ALMEIDA, G. M. F. de *et al.* Theoretical reflections of Leiningers cross-cultural care in the context of Covid-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [S. l.], v. 42, 42(spe), p. e20200209, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hvjktBQbX5kV9H7Dpg7KL5g/#>. Acesso em: 30 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200209>.
- ANA, W. P. S.; LEMOS, G. C. Metodologia científica: a pesquisa qualitativa nas visões de Lüdke e André. *Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar*, [S. l.], v. 4, n. 12, 2020. Disponível em: <https://periodicos.apps.uern.br/index.php/RECEI/article/view/1710>. Acesso em: 24 mar. 2021.
- ANDRADE, P. R. O. A antropologia filosófica de Henrique Cláudio de Lima Vaz como superação do reducionismo antropológico. 2016. 163 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Programa de Estudos Pós-Graduação em Filosofia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/19802>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- ARRUDA, D. A.; SOUZA, B. S. S.; LIMA, L. A. A. O uso de plantas medicinais utilizadas em rituais religiosos na cidade de Puxinanã – Paraíba. *Caderno Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável*. Anais do XI Congresso Brasileiro de Agroecologia, São Cristóvão, Sergipe, v. 15, n. 2, 2020. Disponível em: <http://cadernos.aba-agroecologia.org.br/index.php/cadernos/article/view/5302/2853>. acesso em: 8 jan. 2021.
- BALESTRIN, M. F.; BARROS, S. A. B. M. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. *Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá*, Guairacá, v. 1, p. 18-41, jul. 2009. Disponível em: [https://www.portalfadesp.org.br/midias/anexos/274\\_\\_relacaoconcepcaooprocessos\\_para\\_prova\\_do\\_mestrado\\_.pdf](https://www.portalfadesp.org.br/midias/anexos/274__relacaoconcepcaooprocessos_para_prova_do_mestrado_.pdf). Acesso em: 20 nov. 2022.
- BAPTISTA, T. J. R.; VILARINHO NETO, S. O corpo em relação: uma possibilidade de organização. *EFDeportes.com, Revista Digital*, [online], Buenos Aires, ano 18, n. 189, fev. 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>. Acesso em: 4 mar. 2023.

BARBOSA, I. P. B. *et al.* Significados das práticas de cuidado em saúde no ritual de iniciação do candomblé de Ketu. *Semin., Ciênc. Soc. Hum.*, Londrina, v. 39, n. 1, p. 95-112, jun. 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-54432018000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-54432018000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 3 fev. 2023.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução: L. A. Reto e A. Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde e Sociedade*, [S. l.] v. 11, n. 1, jan. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrDKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/?lang=pt#>. Acesso em: 22 fev. 2023.

BARROS, J. F. P. B.; TEIXEIRA, M. L. L. O código do corpo: inscrições e marcas dos orixás. In: MOURA, C. E. M. (org.). *Candomblé: religião do corpo e da alma – tipos psicológicos nas religiões afro-brasileiras*. Rio de Janeiro: Pallas, 2000. p. 103-138.

BARROZO, V. B. F. Corpos, êxtase e religiões: as representações do corpo no candomblé e no neopentecostalismo na contemporaneidade. *Último Andar*, [S. l.], n. 33, p. 90-109, 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ultimoandar/article/view/42524>. Acesso em: 1º dez. 2021. DOI: 10.23925/1980-8305. 2019. p. 90-109.

BASTIDE, R. *O candomblé da Bahia: rito nagô*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

BATISTA, M. X. *Angola, Jeje e Ketu: memórias e identidades em casas e nações de candomblé na Região Metropolitana da Grande Vitória (ES)*. 2014. 212 f. Dissertação (Mestre em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Espírito Santo, Vitória, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/4335>. Acesso em: 1º dez. 2021.

BELLAGUARDA, M. L. dos R. *et al.* O corpo humano em uma aproximação à antropologia da saúde. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 1113-1129, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482011001300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011001300009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 5 mar. 2023.

BELLO, R. A. *et al.* A representação social e a eficácia das práticas de cura na umbanda e afins no Rio de Janeiro. In: ZANELLA, A. V. *et al.* (org.). *Psicologia e práticas sociais [online]*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 229-236. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 26 dez. 2021.

BENITES, A. C.; NEME, C. M. B.; SANTOS, M. A. dos. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 34, n. 2, p. 269-279, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200008>. Acesso em: 3 jan. 2023.

BERKENBROCK, V. J. O conceito de ética no candomblé. *Horizonte*, Belo Horizonte, v. 15, n. 47, p. 905-928, jul./set. 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2017v15n47p905/12285>. Acesso em: 25 mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2017v15n47p905>.

BIZERRIL D. O. *et al.* Saúde, saúde bucal e religiosidade: saberes e práticas de dirigentes religiosos sobre saúde. *Revista Saúde & Ciência [online]*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 29-43, set./dez. 2020. Disponível em:

<https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/461/415>. Acesso em: 26 dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.35572/rsc.v9i3.461>.

BORGES, M. da S.; SANTOS, M. B. C.; PINHEIRO, T. G. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S. l.], v. 68, n. 4, p. 609-616, jul. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/wwwp6mVznNNfjdKxwDkqHTVK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 5 nov. 2020.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep. *Ofício circular nº 2/2021/Conep/SECNS/MS*. Brasília, DF, 24 fev. 2021. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf). Acesso em: 25 dez. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 3 out. 2022.

CALVO, D. Contribuição ao estudo da noção de pessoa no candomblé. *Numen*, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 205-219, 11 fev. 2020. Disponível em: [2022.file:///C:/Users/FHP/Downloads/29616-Texto%20do%20artigo-117133-1-10-20200211%20\(1\).pdf](2022.file:///C:/Users/FHP/Downloads/29616-Texto%20do%20artigo-117133-1-10-20200211%20(1).pdf). Acesso em: 6 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.34019/2236-6296.2019.v22.29616>.

CAMARGO, A. F. G; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. A feitura do santo: percursos desenvolvimentais de médiuns em iniciação no candomblé. *Psicologia & Sociedade*, v. 30, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/yv6f6CVNJSYmxnXDBsLcQ7G/#>. Acesso em: 6 mar. 2023.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRaMuTeQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol.*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CARRIJO, M. V. N. *et al.* Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em pacientes oncológicos: um estudo transversal. *Revista de Enfermagem da UFJF*, [S. l.], v. 8, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/39393>. Acesso em: 4 dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2022.v8.39393>.

- CARVALHO, M. *Gaiaku Luiza e a trajetória do Jeje Mahí na Bahia*. Rio de Janeiro: Pallas, 2006.
- CASTANEDA, L. O cuidado em saúde e o modelo biopsicossocial: apreender para agir. *CoDAS*, [S. l.], v. 31, n. 5, p. e20180312, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/XFbYtL8kKMbKRRKrSbkTsbDk/?lang=pt#>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- CERVO, A. F. G. Humanismo histórico: estudo de sua evolução para chegar à felicidade e realização. *Cadernos de Ontopsicologia*, [S. l.], p. 379-390, fev. 2016. Disponível em: <http://repositorio.faculdadeam.edu.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/289/>. Acesso em: 1º mar. 2023.
- COMPARIN, K. A.; SCHNEIDER, J. F. O corpo: uma visão da antropologia e da fenomenologia. *Revista Faz Ciência*, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 173-188, 2004. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/fazciencia/article/view/7407>. Acesso em: 23 abr. 2023.
- CONCEIÇÃO, A. S.; MIRANDA, E. O terreiro de candomblé manso *Gongombira Dinhangá Nginji* como espaço de educação não escolar. *Periferia*, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 268-301, set./dez. 2020. DOI: 10.12957/periferia.2020.36046.
- COSSARD, G. O. *Awô: o mistério dos orixás*. Rio de Janeiro: Pallas, 2008.
- COUTINHO, I. D. A casa de candomblé: família e negociações de domesticidade. *Sacrilegens*, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 148-161, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacrilegens/article/view/28830>. Acesso em: 3 out. 2022. DOI: 10.34019/2237-6151.2019.v16.28830.
- DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 60-72, jan. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/63Ck5wPNn4gxyN39SZfCZsv/?lang=pt#>. Acesso em: 20 fev. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100010>.
- ENGEL G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, [S. l.], v. 196, n. 4286, p. 129-36, Apr. 1977. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>. Acesso em: 7 mar. 2023. DOI: 10.1126/science.847460.
- FARIAS, K. P. *et al.* Práticas em saúde: ótica do idoso negro em uma comunidade de terreiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S. l.], v. 69, n. 4, p. 633-640, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WgVK9wZqNjSrJdVjDDRfwbw/?lang=pt#>. Acesso em: 2 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690403i>.
- FERREIRA, D. S. *et al.* Teoria das representações sociais e pesquisa socioeducativa em saúde do idoso: contribuições teórico-metodológicas. *Scientia Amazônia*, Amazônia, v. 2, n. 2, p. 42-49, 2013. Disponível em: <http://www.scientia.ufam.edu.br>. Acesso em: 3 dez. 2021.
- FERRETTI, S. F. *Querebetan de Zomadonu: etnografia da casa das minas*. São Luís: UFMA, 1985.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3LP73qPg5xBDnG3xMHBVVNK/?lang=pt#>. Acesso em: 28 jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt#>. Acesso em: 14 out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.

FLECK, M. P. A.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v. 34, p. 146-149, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/H9NJt5BJ3MhcjtxGzMBFZ6s/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 14 out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700018>.

FLEURY, L. F. O.; GOMES, A. M. T.; FLEURY, M. L. O. Verificação de um modelo empírico sobre religiosidade, ação direta e satisfação com a vida: diferenças entre estudantes de universidades públicas e privadas. *Research, Society and Development*, v. 9, p. 1-15, 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/344954789\\_Verificacao\\_de\\_um\\_modelo\\_empirico\\_sobre\\_Religiosidade\\_Acao\\_Direta\\_e\\_Satisfacao\\_com\\_a\\_Vida\\_diferencas\\_entre\\_estudantes\\_d\\_e\\_universidades\\_publicas\\_e\\_privadas](https://www.researchgate.net/publication/344954789_Verificacao_de_um_modelo_empirico_sobre_Religiosidade_Acao_Direta_e_Satisfacao_com_a_Vida_diferencas_entre_estudantes_d_e_universidades_publicas_e_privadas). Acesso em: 15 mar. 2023. DOI:10.33448/rsd-v9i10.9329.

FONSECA, M. Educação pelos tambores: a transmissão da tradição oral no candomblé do Açude. In: CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 6., 2006. *Anais [...]*. Uberlândia: UFU, 2006. p. 4935-4948. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Mariana-Bracks/publication/267954609\\_educacao\\_pelos\\_tambores-a\\_transmissao\\_da\\_tradicao\\_oral\\_no\\_candombe\\_do\\_acude/links/5730e47508aed286ca0dc238/educacao-pelos-tambores-a-transmissao-da-tradicao-oral-no-candombe-do-acude.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mariana-Bracks/publication/267954609_educacao_pelos_tambores-a_transmissao_da_tradicao_oral_no_candombe_do_acude/links/5730e47508aed286ca0dc238/educacao-pelos-tambores-a-transmissao-da-tradicao-oral-no-candombe-do-acude.pdf). Acesso em: 5 jan. 2023.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: XII SIMPEP, 2005. *Anais [...]*. Bauru, 7-9 nov. 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/FHP/Downloads/Freitas\\_ALP\\_A%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20confiabilidade%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/FHP/Downloads/Freitas_ALP_A%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20confiabilidade%20(1).pdf). Acesso em: 20 fev. 2023.

FREITAS, H. M. S. Filosofia e educação. *Cecierj*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 186, 2010. Disponível em: <https://canal.cecierj.edu.br/recurso/4598>. Acesso em: 20 fev. 2023.

GALINDO, M. B. S. T.; ACIOLI, M. D. Avaliação da qualidade de vida de usuários do “hiperdia”: um estudo voltado à educação profissional centrada na pessoa. In: VII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2020. *Anais [...]*, 15-17 out. 2020. Disponível em: [https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO\\_EV140\\_MD1\\_SA20\\_ID6254\\_31082020214211.pdf](https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA20_ID6254_31082020214211.pdf). Acesso em: 5 jan. 2023.

- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. 1. ed., 13. reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008 [1926]. Disponível em: [https://monoskop.org/images/3/39/Geertz\\_Clifford\\_A\\_interpretacao\\_das\\_culturas.pdf](https://monoskop.org/images/3/39/Geertz_Clifford_A_interpretacao_das_culturas.pdf). Acesso em: 5 set. 2021.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br>. Acesso em: 5 jul. 2021.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOLDMAN, M. O dom e a iniciação revisitados: o dado e o feito em religiões de matriz africana no Brasil. *Mana*, [S. l.], v. 18, p. 269-288, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/g9T9Rr9yzQRzWBwH9r5yL4z/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2023.
- GOMBERG, E. *Hospital de orixás: encontros terapêuticos em um terreiro de candomblé*. Salvador: EDUFBA, 2011.
- GOMES, A. M. T. Análise de discurso francesa e teoria das representações sociais: algumas interfaces teórico-metodológicas. *Psicologia e Saber Social*, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 3-18, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/17558/12958>. Acesso em: 5 set. 2021.
- GOMES, A. M. T. From spirituality to spiritual care through religion and religiosity: concepts and challenges for nurses and health professionals. *Journal of Multiprofessional Health Research*, [S. l.], v. 2, n. 2, 2021. Disponível em: <https://journalmhr.com/index.php/jmhr/article/view/31>. Acesso em: 9 set. 2021.
- GOMES, A. M. T.; ESPÍRITO, S. C. C. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. *Revista Enfermagem UERJ*, [Rio de Janeiro], v. 21, n. 2, p. 261-264, ago. 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7214>. Acesso em: 24 mar. 2023.
- GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 145-153, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gPspXDpSM7XFSXSBtHsHKvw/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200004>.
- GORSKI, C. Ritual de iniciação no candomblé de ketú: uma experiência antropológica. *Revista Todavia*, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 52-64, 2012.
- GUEDES, T. A. *et al.* Estatística descritiva. Projeto de ensino: aprender fazendo estatística. *EACH-USP*, São Paulo, 2006. Disponível em: [http://www.each.usp.br/rvicente/Guedes\\_et\\_al\\_Estatistica\\_Descritiva.pdf](http://www.each.usp.br/rvicente/Guedes_et_al_Estatistica_Descritiva.pdf). Acesso em: 1º dez. 2022.
- GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v. 34, p. 88-94, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/HCc9kdndvxXFjdXZtfdGyP/?lang=pt#>. Acesso em: 30 jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>.

GUSSI, M. A.; DYTZ, G. J. L. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S. l.], v. 61, n. 3, p. 377-384, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019606017>. Acesso em: 5 set. 2021.

HOFBAUER, A. Dominação e contrapoder: o candomblé no fogo cruzado entre construções e desconstruções de diferença e significado. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 5, p. 37-79, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/Mhttps://www.scielo.br/j/rbcpol/a/MsrCZnSBM3xvPK4W4drS5Bv/?lang=pt#srCZnSBM3xvPK4W4drS5Bv/?lang=pt#>. Acesso em: 22 jan. 2023.

HOLLAND, J. C. *et al.* The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 14-26, 1999. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley>. Acesso em: 5 set. 2021.

INOCÊNCIO, D. Medicina e religião: a visão do profissional médico. *Revista Pandora Brasil*, [S. l.], n. 25, não paginado, 2010. Disponível em: [revistapandorabrasil.com/revista\\_pandora/religião/](http://revistapandorabrasil.com/revista_pandora/religião/). Acesso em: 5 set. 2021.

JAGUN, M. *Orí: a cabeça como divindade: história, cultura, filosofia e religiosidade africana*. Rio de Janeiro: Litters, 2015. *E-book*. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr&id=1GxMEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT29&dq=ori+culto+a+cabe%C3%A7a&ots=rGB5s4ylvS&sig=Jr9JoY-dg6kWJEp784-8Q\\_ZnB7o&pli=1#v=onepage&q=ori%20culto%20a%20cabe%C3%A7a&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr&id=1GxMEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT29&dq=ori+culto+a+cabe%C3%A7a&ots=rGB5s4ylvS&sig=Jr9JoY-dg6kWJEp784-8Q_ZnB7o&pli=1#v=onepage&q=ori%20culto%20a%20cabe%C3%A7a&f=false). Acesso em: 25 jan. 2023.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.

KILEUY, O.; OXAGUIÃ, V. *Candomblé bem explicado: nações bantu, ioruba e fon*. Organização: M. Barros. Rio de Janeiro: Pallas, 2009. Disponível em: <http://eceprab.com/blog/wp-content/uploads/2015/07/O-Candomble-bem-Explicado-George-Mauricio.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 3, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>.

KOENIG, H. G. Concerns about measuring “spirituality” in research. *J Nerv Ment Dis.*, Baltimore, v. 196, n. 5, p. 349-355, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD>. Acesso em: 9 out. 2021.

KOENIG, H. G. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. São Paulo: Fé Editora Jornalística, 2005.

KOENIG, H. G. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, [S. l.], v. 1, p. 78-85, 2010. Disponível em: [10.3390/rel1010078](https://doi.org/10.3390/rel1010078). Acesso em: 18 ago. 2018.

KOENIG, H. G.; PARKERSON, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. *American Journal of Psychiatry*, Porto, v. 154, n. 6, p. 885-886, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167530>. Acesso em: 28 nov. 2021.

LARSON, D. B. *et al.* Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals. *The American Journal of Psychiatry*, v. 143, n. 3, p. 329-34, 1986. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.143.3.323>. Acesso em: 20 dez. 2021. DOI: 10.1176/ajp.143.3.329.

LEVIN, J. S. Religious research in gerontology, 1980-1994: a systematic review. *J. Rel. Gerontol.*, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 3-31, 2008. Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J078V10N03\\_02](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J078V10N03_02). Acesso em: 15 nov. 2021. DOI: [https://doi.org/10.1300/J078V10N03\\_02](https://doi.org/10.1300/J078V10N03_02).

LOURES, M. C.; PORTO, C. C. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. 2009. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=%28LOURES%3B+PORTO%2C+2009%29&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=%28LOURES%3B+PORTO%2C+2009%29&btnG=). Acesso em: 2 abr. 2023.

LUCCHETTI, G. *et al.* Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health*, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 579-86, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21107911/> Acesso em: 6 maio 2020. DOI: [doi:10.1007/s10943-010-9429-5](https://doi.org/10.1007/s10943-010-9429-5).

LUCCHETTI, G. *et al.* Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. *Rev. Bras. Cardiol.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 55-57, jan./fev. 2011. Disponível em: [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011\\_01/a\\_2011\\_v24\\_n01\\_07giancarlo.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf). Acesso em: 6 maio 2019.

MACHADO, V. S. A vivência religiosa no candomblé e a concepção junguiana do *religare*. *Revista da SPAGESP*, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 30-43, 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5468738>. Acesso em: 16 jan. 2023.

MANDARINO, A. C. S. *et al.* Percursos e significados terapêuticos na religião afro-brasileira candomblé. *Forum Sociológico*, [S. l.], n. 22, p. 43-51, 1º dez. 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/sociologico/562>. Acesso em: 3 jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologico.562>.

MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. Candomblé, corpos e poderes. *Perspectivas*, São Paulo, v. 43, p. 199-217, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/issue/view/486>. Acesso em: 6 out. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos da metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARÔCO, J. *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 7. ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2018.

MARQUES, S. M. *et al.* Aids e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. *Psicologia: Teoria e Prática*, [S. l.], v. 6, n. spe, p. 91-104, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v6nspe/v6nspea07.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

MAUÉS, R. H. Medicinas populares e pajelança cabocla na Amazônia. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. cap. 5, p. 73-80.

MELO, C. F. *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estud. Pesqui. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872004000300007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000300007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 6 out. 2021.

MINAYO, M. C. S. *Representações da cura no catolicismo popular*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 4 maio 2023.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, [online], v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>. Acesso em: 3 dez. 2022.

MORAIS, T. N. de; ROCHA, N. M. F. D. As concepções de cuidado em saúde de mulheres de uma comunidade quilombola da região metropolitana de Fortaleza (CE): uma investigação a partir dos afetos. *Saúde e Sociedade*, [S. l.], v. 31, n. Saúde Soc., v. 3, n. 3, p. e200761pt, 2022.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Versão em português da escala de religiosidade da Duke: DUREL. *Archives of Clinical Psychiatry*, [online], São Paulo, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>. Acesso em: 30 ago. 2021.

MORERA, J. A. C. *et al.* Theoretical and methodological aspects of social representations. *Texto & Contexto – Enfermagem*, [online], [S. l.], v. 24, n. 4, p. 1157-1165, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003440014>. Acesso em: 12 jan. 2022.

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

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOTA C. S.; TRAD, L. A. B. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. *Saúde e Sociedade*, [online], v. 20, n. 2, p. 325-337, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200006>. Acesso em: 28 ago. 2021.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Rev. Adm. Contemp.*, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-65552011000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552011000400010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 3 jul. 2021.

NAKAZONE, S. *A importância da espiritualidade e religiosidade na relação médico-familiares de paciente na unidade de terapia intensiva*. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação nas Profissões da Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, 2018. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/20965>. Acesso em: 3 jul. 2021.

NOGUEIRA, V. P. F. *As representações sociais da espiritualidade e da religiosidade para pessoas que vivem com HIV/Aids: estrutura de pensamento, enfrentamento da síndrome e cuidado de enfermagem*. 2019. 269 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, D. C. *A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais*. 2001. 225 f. Tese (Professor Titular) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, D. C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 276-286, 2013.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. *et al.* (org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, F. *Notas de aula para antropologia filosófica*. Salvador: Editor pessoa física, 2012. *E-book*. Disponível em: [https://www.uniceusa.edu.br/aluno/arquivos/iniciacao\\_cientifica/publicacoes/livro\\_notas\\_de\\_aula.pdf](https://www.uniceusa.edu.br/aluno/arquivos/iniciacao_cientifica/publicacoes/livro_notas_de_aula.pdf). Acesso em: 26 fev. 2023.

OLIVEIRA, F. B. M. *et al.* Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/aids. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 510-516, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500086>. Acesso em: 8 mar. 2018.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Espiritualidade/religiosidade e humaniza SUS em Unidades de Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-8, jan./mar. 2018. Disponível <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882027>. Acesso em: 12 out. 2021.

OLIVEIRA, T. S. M. Candomblé: práticas alimentares e possíveis repercussões sobre o estado nutricional de seus adeptos. 2016. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/34735>. Acesso em: 20 jan. 2023.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, v. 5, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-016-0384-4#citeas>. Acesso em: 22 ago. 2021.

- PANZINI, R. G. *et al.* Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, [online], v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>. Acesso em: 28 ago. 2021.
- PANZINI, R. G.; BANDEIRA D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Archives of Clinical Psychiatry*, [online]. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 126-135, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- PARÉS, Luis Nicolau. *A formação do candomblé: história e ritual da nação Jeje na Bahia*. 2. ed. São Paulo: Unicamp, 2007.
- PAZ, C. E. *et al.* Plantas medicinais no candomblé como elemento de resistência cultural e cuidado à saúde. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, [S. l.], v. 20, n. 1, jan. 2015. Disponível em: <https://revplantasmedicinales.sld.cu/index.php/pla/article/view/201/109>. Acesso em: 17 fev. 2023.
- PECORA, A. R.; SÁ, C. P. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá, ao longo de três gerações. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 2, 2008.
- PEDROSA, B. *Novas possibilidades e limites da avaliação da qualidade de vida: análise dos instrumentos WHOQOL, modelos clássicos de qualidade de vida no trabalho e proposição de um instrumento*. 2021. 317 f. Tese (Livre-Docência), Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2021. Disponível em: [http://ri.uepg.br/riuepg/bitstream/handle/123456789/954/TESE-Livre-doc%C3%Aancia\\_BrunoPedroso.pdf?sequence=1](http://ri.uepg.br/riuepg/bitstream/handle/123456789/954/TESE-Livre-doc%C3%Aancia_BrunoPedroso.pdf?sequence=1). Acesso em: 14 fev. 2023.
- PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental*, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 fev. 2023.
- PRANDI, R. O candomblé e o tempo: concepções de tempo, saber e autoridade da África para as religiões afro-brasileiras. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 16, n. 47, p. 43-58, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092001000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092001000300003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 dez. 2019.
- PRANDI, R. Raça e religião. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 42, p. 113-129, 1995. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000897156>. Acesso em: 25 maio 2022.
- PREVITALLI, I. M.; VIEIRA, H. E. S. *Educação e diversidade*. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2017. Disponível em: [https://s3.amazonaws.com/cm-cls-content/201701/INTERATIVAS\\_2\\_0/EDUCACAO\\_E\\_DIVERSIDADE/U1/LIVRO\\_UNICO.pdf](https://s3.amazonaws.com/cm-cls-content/201701/INTERATIVAS_2_0/EDUCACAO_E_DIVERSIDADE/U1/LIVRO_UNICO.pdf). Acesso em: 22 jan. 2023.
- PROETTI, S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. *Revista Lumen*, [S. l.], v. 2, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/329200146>. Acesso em: 1º set. 2021. DOI 10.32459/revistalumen.v2i4.60.

QUERINO, M. *A roça africana e os seus costumes*. Salvador: Progresso, 1955.

RABELO, M. A construção do sentido nos tratamentos religiosos. *Reciis: R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 3-11, 2010. Disponível em: <http://brapci.inf.br/index.php>. Acesso em: 5 ago. 2021.

RABELO, M. C. Play and struggle: dimensions of the religious experience of peasants in Nova Redenção, Bahia. Tese (Doutorado), Universidade de Liverpool, Inglaterra, 1990. Disponível em: [https://books.google.com.br/books/about/Play\\_and\\_Struggle\\_Dimensions\\_of\\_the\\_Reli.html?id=W1AuzAEACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/Play_and_Struggle_Dimensions_of_the_Reli.html?id=W1AuzAEACAAJ&redir_esc=y). Acesso em: 22 fev. 2023.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes trabalhadoras urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 316-325, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mnQHxgLMLBMfNYxd7gNQQwG/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300019>.

RABELO, M. C. M. Obrigações e a construção de vínculos no candomblé. *Mana*, v. 26, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-49442020v26n1a201>. Acesso em: 20 jan. 2023.

RABELO, M. C. M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. *E-book*. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tdj4g/pdf/alves-9788575412763-04.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C. Jarê: religione e terapia in ambiente rurale brasiliano. In: PIZZORNO, L. F. (org.). *Religione e magia: culti di possessione in Brasile*. Torino: Utet, 1997. Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/enecult2009/19441.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023.

RADDATZ, J. S. *et al.* Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: círculo vicioso entre demanda e ausência de treinamento. *Psico-USF*, [online], [S. l.], v. 24, n. 4, p. 699-709, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240408>. Acesso em: 27 dez. 2021.

RAIMUNDO, M.; HINKEL, J. Exú e a noção iorubá de pessoa: saberes e lições para a existência humana. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as*, [S. l.]: ABPN, v. 14, n. ed. esp., p. 733, 2022. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1401>. Acesso em: 8 maio 2023.

RAMOS, R. M. A ancestralidade: construção e aquisição de identidades africanas no Brasil realizadas a partir da cultura do candomblé. *Pesquisa. Prát. Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 16, n. 2, p. 1-16, ago. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082021000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082021000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 jul. 2021.

RATEAU, P. *et al.* Teoria da representação social. Tradução: Claudia Helena Alvarenga. In: VAN LANGE, P. A. M.; KROGLANSKI, A. W.; HIGGINS, E. T. (org.). *Handbook of Theories of Social Psychology*, Londres, v. 2 p. 477-497, 2012. Tradução não publicada.

- RIOS, E. R. G. *et al.* Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 501-509, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TP3mRXN6VdPtND99WgKPMRJ/?lang=pt#>. Acesso em: 7 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200026>.
- RIOS, L. F. Ara Ketu: o enraizamento do ser humano no mundo na perspectiva do candomblé e Xangô. In: SAIÃO, S. (org.). *Faces do humano*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.
- ROCHA, L. F. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [online], Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 46-65, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005>. Acesso em: 30 dez. 2021.
- RUMMLER, G. Fontes teóricas sobre representações sociais: um perfil bibliométrico de textos citados em periódicos científicos nacionais da área de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, [S. l.], v. 11, n. 23, p. 637-646, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/v11n23/a20v1123.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- SÁ, C. P. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.
- SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- SAAD, M.; MEDEIROS, R. de; PERES, M. F. P. Assistência religiosa-espiritual hospitalar: os “porquês” e os “comos”: aplicações práticas. *HU Revista*, [S. l.], v. 44, n. 4, p. 499-505, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/16964>. Acesso em: 2 abr. 2022. DOI: 10.34019/1982-8047.2018.v44.16964.
- SALES, C. Das águas Ìyá Oxum: saberes ancestrais femininos em poesias negras diaspóricas. *Revista Calundu*, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 23, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistacalundu/article/view/34575>. Acesso em: 8 maio. 2023. DOI: 10.26512/revistacalundu.v4i2.34575.
- SALVIATI, M. E. Manual do aplicativo IRaMuTeQ. Planaltina. 2017. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-mariaelisabeth-salviati>. Acesso em: 20 dez. 2022.
- SANTOS, A. O. Saúde e sagrado: representações da doença e práticas de atendimento dos sacerdotes supremos do candomblé Jêje-Nagô do Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 9 n. 2, p. 55-62, 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/39456>. Acesso em: 20 dez. 2020.
- SANTOS, É. I. *et al.* Representações sociais da autonomia profissional do enfermeiro para profissionais de saúde não enfermeiros. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 484-487, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17944/14297>. Acesso em: 9 out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.17944>.
- SANTOS, N. *Entre ventos e tempestades: os caminhos de uma Gaiaku de Oyá*. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2013.

SANTOS, P. M. S.; SOUZA NETO, E. N. Satisfação entre trabalhadores das áreas pública e privada. *Revista Multidisciplinar do Sertão*, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 406-416, set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.37115/rms.v3i3.368>. Disponível em: <https://www.revistamultisertao.com.br/index.php/revista/article/view/368>. Acesso em: 20 fev. 2023.

SCHERRER JR., G. *et al.* Atividades de vida diária, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S. l.], v. 35, p. eAPE0237345, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/pJWstHd9QRQfHhjry6WY5yg/?lang=pt#>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SCORSOLINI-COMIN, F. A religiosidade/espiritualidade no campo da saúde. *Revista Ciências em Saúde*, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 1-2, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/325331207>. Acesso em: 15 nov. 2021. SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J. *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2017.

SEGALEN, M. *Ritos e rituais contemporâneos*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

SHERMAN, A. C. *et al.* Assessing religious faith in medical patients: cross-validation of the Santa Clara strength of religious faith questionnaire. *Pastoral Psychology*, [S. l.], v. 48, p. 129-141, 1999. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1022094727122#citeas>. Acesso em: 10 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1022094727122>.

SILVA, E. R. *et al.* Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S. l.], v. 13, n. 2, p. e 5561, 1º fev. 2021. Disponível em: [https://www.unirios.edu.br/eventos/coninfa/anais/arquivos/2021/transculturalidade\\_na\\_enfermagem\\_baseada\\_na\\_teorias\\_de\\_madeleine\\_leininger.pdf](https://www.unirios.edu.br/eventos/coninfa/anais/arquivos/2021/transculturalidade_na_enfermagem_baseada_na_teorias_de_madeleine_leininger.pdf). Acesso em: 22 fev. 2023.

SILVA, J. M. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. *Saúde e Sociedade*, [online], v. 16, n. 2, p. 171-177, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200017>. Acesso em: 3 abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200017>.

SILVA, L. M. *et al.* Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 109-115, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/3Db5R3gNpJwVVRbNgt4nFcx/?lang=pt#>. Acesso em: 30 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100015>.

SILVA, L. M. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. A umbanda e os processos de saúde-doença. *Semina: Ciênc. Soc. Hum.*, Londrina, v. 41, n. 2, p. 215-228, jul./dez. 2020a. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/39607>. Acesso em: 22 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2020v41n2p215>.

SILVA, L. M. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. Na sala de espera do terreiro: uma investigação com adeptos da umbanda com queixas de adoecimento. *Saúde e Sociedade*, [online], v. 29, n. 1, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190378>. Acesso em: 27 dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190378>.

- SILVA, T. D.; MARQUES, L. F. Percepções dos profissionais de saúde do SUS sobre religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 134-147, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/74125>. Acesso em: 22 dez. 2022. DOI: 10.54909/sp.v2i2.74125.
- SILVA, V. G. Legba no Brasil: transformações e continuidades de uma divindade. *Sociologia & Antropologia*, [online], v. 9, n. 2, p. 453-468, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2238-38752019v925>. Acesso em: 22 mar. 2022.
- SILVA *et al.* Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S. l.], v. 13, n. 2, p. e5561, 1º fev. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5561>. Acesso em: 22 fev. 2023.
- SILVA JR., R. M. Por mim não existiria, mas respeito: representações sociais do candomblé entre alunos de uma escola pública do Recife. In: III CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – III CONEDU. 2016. São Paulo. *Anais [...]*, São Paulo, v. 1, 2016. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/revistasconedu/anais.php>. Acesso em: 22 dez. 2019.
- SILVEIRA, R. *O candomblé da Barroquinha: processo de constituição do primeiro terreiro baiano de keto*. Salvador: Maianga, 2006.
- SOUZA, A. M.; AITA, K. M. S. C.; CORRÊA, V. A. C. A compreensão da pessoa biopsicossocial e espiritual como recurso aos cuidados integrais: direitos humanos assegurados no planejamento e ações em saúde coletiva. In: LEITE, D. S. (org.). *Saúde coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado*. [S. l.]: Editora Científica Digital, 2021. p. 208-223. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210303851.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2023.
- SOUZA, I. A. *et al.* A religiosidade nas universidades de odontologia do Brasil. *Revista Pró-UniverSUS*, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 80-85, jul./dez. 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/LENA/Downloads/3469+RPU+V13N1+PL.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2023.
- SOUZA, M.; SILVA, F.; OLIVEIRA, V. O corpo na Idade Média: sexualidade e transformações. In: IV CONGRESSO SERGIPANO DE HISTÓRIA & IV ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA DA ANPUH. 2014. *Anais [...]*, Sergipe, sem numeração, 2014. Disponível em: <http://www.encontro2014.se.anpuh.org/resources/anais/37/1408115356>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- SOUZA, M. A. de. A influência da fé no processo saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristãos. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Enfermagem), Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/688>. Acesso em: 3 jan. 2023.
- SOUZA, M. A. R. de *et al.* O uso do software IRaMuTeQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 52, p. e03353, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 2 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.

STORCH, E. A. *et al.* The DUKE religion index: a psychometric investigation. *Pastoral Psychology*, [S. l.], v. 53, p. 175-181, 2004. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/B:PASP.0000046828.94211.53>. Acesso em: 15 mar. 2023.

STORCK, J. B. Do *modus parisiensis* ao *ratio studiorum*: os jesuítas e a educação humanista no início da Idade Moderna. *Hist. Educ.*, [online], Porto Alegre, v. 20, n. 48, p. 139-158, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/heduc/v20n48/1414-3518-heduc-20-48-00139.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

STRELHOW, M. R. W.; SARRIERA, J. C. Evidências de validade do índice de religiosidade de Duke (P-DUREL) entre adolescentes. *Aval. Psicol.*, Itatiba, v. 17, n. 3, p. 330-338, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712018000300007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712018000300007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 dez. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14630.06>.

TAUNAY, T. C. D. *et al.* Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/4cfvHfcWjTRfWNVpVnrT6hj/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 20 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003>.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 1247-1256, jul. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pRT4Pk73nmQGxTccNWxcpGS/?lang=pt#>. Acesso em: 2 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400021>.

TEIXEIRA, J. S. S.; VIEIRA, R. C. Candomblé e educação não formal: a dinâmica da formação litúrgica em ambientes sagrados, a partir da contribuição da mulher negra, para reafirmação da identidade negra. In: SEMOC – 21ª SEMANA DE MOBILIZAÇÃO CIENTÍFICA. 2018. *Anais [...]*, Salvador, 2018. Disponível em: <http://ri.ucs.br:8080/jspui/handle/prefix/1163>. Acesso em: 21 jan. 2023.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment Instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN; W. (org.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlim: Heidelberg, 1994. p 41-57. Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-79123-9\\_4#citeas](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-79123-9_4#citeas). Acesso em: 2 out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-94>.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the health organization. *Soc. Sci. Med.*, [S. l.], v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K>. Acesso em: 20 out. 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).

TONIOL, R. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário Antropológico*, [S. l.], v. 42, n. 2, p. 267-299, 2017. Disponível em: <http://journals.openedition.org/aa/2330>. Acesso em: 22 dez. 2022.

TONIOL, R. F. *Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil*. 2015. 309 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/134201>. Acesso em: jul. 2021.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. *In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj: Abrasco, 2006. p. 105-118. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

VIDAL, A. L. P *et al.* Espiritualidade e cuidados paliativos no tratamento de pacientes oncológicos. *Cipeex*, [S. l.], v. 2, p. 1149-1160, 2018. Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2861>. Acesso em: 5 nov. 2022.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicol. Teor. Prat.*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 521-526, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/17.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

WOLTER, R. A Abordagem estrutural das representações sociais: pontes entre teoria e método. *Psico-USF*, [S. l.], v. 23, n. 4 p. 621-631, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/325060884>. Acesso em: 28 jul. 2021. DOI: DOI:10.13140/RG.2.2.28559.28322.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. (1946-1948). Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ZACHARIAS, J. J. de M. Olori, o dono da cabeça: uma tipologia afro-descendente. *Esboços: Histórias em Contextos Globais*, Florianópolis, v. 17, n. 23, p. 151-163, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/2175-7976.2010v17n23p151>. Acesso em: 20 nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7976.2010v17n23p151>.

ZALFA, L. M. C.; ESPÍRITO-SANTO, G.; ASSIS, M. R. Representação social sobre saúde em uma escola no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, [S. l.], v. 34, n. 4, p. 611-621, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/180267>. Acesso em: 20 nov. 2021. DOI <https://doi.org/10.11606/1807-5509202000040611>.

## APÊNDICE A – Caracterização dos participantes

**1. Identificação** Questionário nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

1.1. Cenário: ( ) Rio de Janeiro ( ) Bahia ( ) Espírito Santos ( ) Minas ( ) Cachoeira

1.2. Idade: \_\_\_\_\_

1.3. Sexo: ( ) F ( ) M

1.4. cidade de domicílio \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

### 2. Dados sociais

2.1. Cor autodeclarada: ( ) branco ( ) preto ( ) pardo ( ) amarelo ( ) indígena

2.2. Estado marital atual:

tem companheiro(a): ( ) fixo ( ) eventual ( ) não tem

2.3. Nível de formação:

- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-Graduação incompleta
- Pós-Graduação completa

2.3.1. Se cursou Ensino Médio, ele foi profissionalizante? ( ) Sim ( ) Não

Qual:

---

2.3.2. Qual o curso superior cursado ou em curso?

---

2.4. Profissão: \_\_\_\_\_ exerce atualmente? ( ) Sim ( ) Não

Se não, qual a ocupação atual: \_\_\_\_\_

2.5. Situação trabalhista atual:

- Desempregado
- Tem vínculo empregatício
- Servidor público

- Funcionário do ramo privado
- Autônomo
- Aposentado
- Pensionista

### 3. Dados sobre a religião

3.1. Além do candomblé, adota com regularidade outra prática religiosa: ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

3.2. Há quanto tempo está no candomblé? \_\_\_\_\_

3.3. Há quanto tempo está na nação *Jeje Mahí*? \_\_\_\_\_

3.4. Há quanto tempo frequenta a casa atual? \_\_\_\_\_

3.5 Qual seu posto na casa de candomblé?

- Abiã*
- Yawô*
- Ebomi*
- Sacerdote
- Ekede* suspensa
- Ekede* confirmada
- Ogã* suspenso
- Ogã* confirmado

3.6. Quanto tempo tem de iniciado? \_\_\_\_\_

3.7. Qual seu *vódum*? \_\_\_\_\_

3.8. Com que frequência tem função na sua roça de candomblé? ( ) semanal

- Quinzenal
- Mensal
- Trimestral
- Semestral
- Anual

3.9. Com que frequência você participa das funções da casa que frequenta?

( ) menos da metade ( ) participa da metade ( ) quase todas ( ) participa de todas

### 4. Aspectos de saúde

4.1. Atualmente faz tratamento para alguma doença? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, qual doença? \_\_\_\_\_

4.2. Qual Tratamento realiza?

( ) Homeopatia ( ) Medicamentos naturais ( ) Medicamentos industriais [biomédico]

( ) Fitoterapia ( ) Terapias complementares ( ) tratamento religioso.

Outros: \_\_\_\_\_

4.3. Já fez, em algum momento de sua vida, algum tratamento religioso na nação *Jeje Mahí*?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual(is) o (s) tratamento(s) realizado(s) \_\_\_\_\_

Quais foram as doenças ou situações tratadas? \_\_\_\_\_

4.4. Já fez, em algum momento de sua vida, algum tratamento religioso em alguma outra nação de candomblé?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual(is) o (s) tratamento(s) realizado(s) \_\_\_\_\_

Quais foram as doenças ou situações tratadas? \_\_\_\_\_

4.5. Acredita que o tratamento religioso pode auxiliar o tratamento médico para melhorar seu estado de saúde? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

4.4. Acredita que o tratamento religioso aplicado no candomblé pode promover e recuperar a saúde? ( ) sim ( ) não Por quê? \_\_\_\_\_

4.5. Acredita que o tratamento religioso aplicado no candomblé é necessário e que não há necessidade de complementá-lo com o tratamento biomédico.

4.8. Quais desses tratamentos religiosos você conhece ou já ouviu falar na roça de candomblé.

- Reza
- Obí*
- Ebó*
- Outros
- Borí*
- Feitura(iniciação)
- Obrigação de tempo de iniciação
- Oferenda a entidades específicas

4.9. O que aconteceu após a realização do tratamento (você pode marcar mais de uma opção)?

- Descoberta da causa do problema de saúde

- Melhora parcial do estado de saúde, mas continua convivendo bem com o problema de saúde
- Melhora parcial do estado de saúde, mas não convive bem com o problema de saúde
- Piora do problema de saúde
- Não alteração do problema de saúde
- Aparecimento de outros problemas de saúde
- Cura do problema de saúde

**APÊNDICE B** – Instrumento para coleta de evocações livres

**Coleta de evocações livres**

Escreva **cinco** palavras ou expressão que lhes vêm à mente de imediato, ao ler o termo ou expressão indutora:

**“Tratamento religioso no candomblé Jeje Mahi”**

<b>Ordem</b>	<b>Evocação</b>	<b>+, - ou +/-</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		

**“Qualidade de vida”**

<b>Ordem</b>	<b>Evocação</b>	<b>+, - ou +/-</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		

**“Saúde”**

<b>Ordem</b>	<b>Evocação</b>	<b>+, - ou +/-</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		

**“Bem-estar”**

<b>Ordem</b>	<b>Evocação</b>	<b>+, - ou +/-</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		

**“Doença”**

<b>Ordem</b>	<b>Evocação</b>	<b>+, - ou +/-</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		

**APÊNDICE C – Práticas de atividades religiosas**

1 – Você tem algum hábito alimentar diferenciado, relacionado com a prática religiosa que contribui para sua saúde? Exemplifique.

---

2 – Quais práticas religiosas você desenvolve em sua rotina diária para a promoção da saúde e em que momento as realiza?

---

3 – Quais práticas de atividades religiosas você realiza fora da roça?

---

4 – Quais comportamentos compreendidos como práticas de atividade religiosa para a saúde são realizados exclusivamente dentro da roça?

---

5 – Nas situações inesperadas relacionadas com o adoecimento, você busca solução/apoio em alguma prática religiosa? Exemplifique.

---

6 – Que tipo de práticas religiosas você, como adepto do candomblé *Jeje*, adota para se tratar na roça ou em situações de extrema necessidade fora da roça?

---

## APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada

### I – Identidade social

- 1- Como chegou ao candomblé? O que te trouxe para religião?
- 2- O que você identifica como sendo próprio da sua religião?
- 3- Seria possível identificar por objetos, comportamentos, vestuário, um praticante do ritual *Jeje*? Fale o quê?

### II – Tratamento religioso no candomblé *Jeje*

- 1- Atualmente faz algum tratamento de saúde?
- 2- Toma remédios regularmente? Se sim, por qual o motivo?
- 3- O que você entende por tratamentos religiosos no candomblé? Para você os rituais é uma forma de tratamento?
- 4- Você já se submeteu a tratamento religioso no candomblé?
- 5- Fale-me um pouco do seu tratamento religioso? Qual era seu problema de saúde? Como ficou após o tratamento religioso?
- 6- Há quanto tempo você lutou ou tem lutado contra uma doença até ficar bem?
- 7- Como é feito o diagnóstico das doenças (se orgânico ou espiritual) no candomblé *Jeje*?
- 8- Em que aspectos os tratamentos religiosos do candomblé se diferenciam das demais religiões?
- 9- Conte-me suas experiências marcantes relacionadas à saúde ou doença e o tratamento religioso no candomblé.
- 10- O que costuma ouvir das pessoas, antes e depois dos tratamentos? Lembra-se de algum fato especial? Se sim, fale-me sobre este fato.
- 11- A sua forma de pensar depois do tratamento religioso trouxe mudanças para sua vida?
- 12- O que você pensa sobre a relação entre a cura e a influência divina do *vodún*?

### III – Qualidade de vida

- 1 – O seu pensamento depois do tratamento religioso produziu alguma mudança em seus hábitos/comportamentos/conduas em relação a sua saúde, socialização, maneira de ver a vida e qualidade de vida?
- 2 – No seu ponto de vista o pensamento das pessoas em relação a qualidade de vida muda depois de um tratamento religioso (ritual)?

- 3 – A mudança na qualidade de vida após o tratamento religioso é visível? Dê um exemplo.
- 4 – Como você vê a relação entre fé e cura?
- 5 – O que significa bem-estar para você?
- 6 – O que é qualidade de vida para você?
- 7 – Como você está hoje em relação a saúde, vida social, perspectiva de futuro e ambiente em que vive?
- 8 – Na sua opinião o tratamento religioso promove qualidade de vida

#### **IV – Saúde e doença**

- 1 – No seu entendimento, o que é doença? O que é estar doente?
- 2 – O que é preciso fazer para ter e manter a saúde?
- 3 – O que você faz para manter sua saúde?
- 4 – Dentre os tratamentos disponíveis, como o biomédico e o religioso, qual é sua primeira escolha quando fica doente? Justifique (verificar se é só um deles ou ambos).
- 5 – Na sua opinião, utilizando o ponto de vista espiritual, o que leva as pessoas adoecerem?
- 6 – Como o candomblé *Jeje* explica o surgimento da (s) doença em uma pessoa?
- 7 – A sua religião exerce algum tipo de influência na sua maneira de enfrentar uma doença? Qual?
- 8 – Na sua religião existe alguma(s) entidade(s) ou divindade(s) específica(s), responsável por assuntos de saúde? Se sim, qual e de que maneira?
- 9 – Em estabelecimentos de saúde alguma vez recebeu algum apoio religioso (prece, reza, visita de um representante da sua religião)? Teve um ambiente propício para tal ato durante o enfrentamento da doença? Descreva.
- 10 – Já recebeu no hospital apoio religioso de líderes de outras religiões? Descreva.
- 11 – Fale sobre a possibilidade de os profissionais de saúde planejarem seu tratamento considerando seus hábitos religiosos.

#### **V – Práticas de saúde na roça de candomblé**

- 1 – Sua roça tem práticas ou trabalhos voltados para a saúde? Quais?
- 2 – Das práticas citadas, quais são as mais utilizadas?
- 3 – Me fale sobre práticas no candomblé *Jeje* que são feitas com regularidade para a manutenção ou recuperação da saúde? Se sim, qual?
- 4 – Você usa de alguma prática religiosa regularmente, para prevenção de doenças ou outras complicações que sejam de ordem física ou espiritual? Se sim, qual?

5 – As demais pessoas da roça relatam práticas religiosas regulares para prevenção de doenças ou outras complicações que sejam de ordem física ou espiritual? Se sim, qual?

6 – Para você, o que significa fé?

**APÊNDICE E** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro



**Centro Biomédico**  
**Faculdade de Enfermagem**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário do estudo **as representações sociais do tratamento religioso e as repercussões deste na qualidade de vida para adeptos do candomblé nação Jeje Mahí**, conduzida pela **mestranda França Helena Elias Pereira**, sob a orientação do **Professor Antonio Marcos Tosoli Gomes**. O estudo tem por objetivo analisar as representações sociais do tratamento religioso e suas repercussões na qualidade de vida para adeptos do candomblé nação *Jeje Mahí*. O estudo é desenvolvido no contexto do Grupo de Pesquisa “Religares – religiosidade e espiritualidade no contexto do cuidado de enfermagem e saúde: produção discursiva e representações sociais”, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). Para sua construção, a coleta de dados será realizada em duas etapas: **1ª Etapa: Caracterização dos participantes, técnica de associações livres de palavras, escala de religiosidade e qualidade de vida e Práticas Religiosas; e 2ª Etapa: Entrevista.**

Destaca-se a possibilidade de desconforto e risco mínimo para os participantes, como por exemplo, despertar emoções devido o tema estar relacionado ao estado de saúde e tratar de assunto particular às crenças e experiências de cada um. No entanto, a pesquisadora se compromete a interromper a coleta ou fazer intervalos para o devido apoio. Justificam-se tais possíveis riscos pelos benefícios pretendidos com os resultados do estudo, ao abordar temática com pouca atenção na área da saúde, mas que apresenta potencial para ser trabalhada em conjunto.

Após a leitura deste documento e das explicações recebidas, o participante está de **pleno acordo em participar** deste estudo, respondendo às questões propostas, bem como em autorizar que os dados fornecidos sejam apresentados em estudos subsequentes de cunho científico. Portanto, **está ciente e de acordo** que: 1 – Pode desistir da participação em qualquer fase do estudo; 2 – Não terá nenhuma despesa financeira na participação; 3 – Será orientado sempre que tiver qualquer dúvida; 4 – Não será obrigado a qualquer tipo de

procedimento, além dos já mencionados acima para a coleta dos dados; 5 – Tem o direito de rever, corrigir e alterar o texto da entrevista concedida, em qualquer momento; 6 – Está resguardado quanto ao anonimato; 7 – Os dados da entrevista serão apresentados em eventos e periódicos científicos e trabalhados por alunos de diferentes níveis de formação e outros pesquisadores, em diferentes momentos; 8 – Está resguardado de quaisquer riscos e ônus.

Contatos do pesquisador responsável: França Helena Elias Pereira, Mestranda em Enfermagem pela FENF/UERJ, Boulevard 28 de setembro, nº 157, Vila Isabel/RJ, fhelena.p@gmail.com, (21) 99562-0947.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, Maracanã, Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br. Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, das 10h às 12h e 14h às 16h.

Declaro que concordo em participar desse estudo, que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome do(a) participante:

\_\_\_\_\_

Nome do(a) pesquisadora:

\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

**ANEXO A – Índice de religiosidade da Universidade de Duke**

1 – Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

Mais do que uma vez por semana

- Uma vez por semana
- Duas a três vezes por mês
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por ano ou menos
- Nunca

2 – Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- Mais do que uma vez ao dia
- Diariamente
- Duas ou mais vezes por semana
- Uma vez por semana
- Poucas vezes por mês
- Raramente ou nunca

**A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.**

3 – Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- Totalmente verdade para mim
- Em geral é verdade
- Não estou certo
- Em geral não é verdade
- Não é verdade

4 – As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- Totalmente verdade para mim
- Em geral, é verdade
- Não estou certo

- Em geral, não é verdade
- Não é verdade

5 – Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

- Totalmente verdade para mim
- Em geral, é verdade
- Não estou certo
- Em geral, não é verdade
- Não é verdade

## ANEXO B – Questionário WHOQOL-Bref

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebeu dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

2		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que suas dores (física) impedem você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

---

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

---

## ANEXO C – WHOQOL-SRPB

### Módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (SRPB)

As seguintes perguntas indagam a respeito de suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais, e como essas crenças afetaram a sua qualidade de vida. Estas perguntas são planejadas para serem aplicáveis a pessoas com origem em muitas culturas diferentes, com uma variedade de crenças espirituais, religiosas ou pessoais. Se você acredita em determinada religião, como por exemplo o judaísmo, cristianismo, islamismo ou budismo, você provavelmente responderá às perguntas a seguir lembrando-se das suas crenças religiosas. Se não seguir a uma religião específica, mas ainda acredita que existe algo mais elevado e mais poderoso além do mundo físico e material, você poderá responder às perguntas que seguem a partir desta perspectiva. Por exemplo, você pode acreditar em uma força espiritual superior ou no poder curativo da Natureza. Por outro lado, você talvez não acredite em uma entidade espiritual superior, mas poderá ter crenças pessoais fortes ou algo que segue, como, por exemplo, acreditar em uma teoria científica, um modo de vida pessoal, determinada filosofia ou código moral e ético.

Quando em algumas perguntas forem utilizadas palavras como espiritualidade, por favor, responda em termos de seu próprio sistema de crença pessoal, seja ele religioso, espiritual ou pessoal.

As perguntas a seguir indagam como as suas crenças afetaram diversos aspectos da sua qualidade de vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, uma pergunta é: “Até que ponto você se sente ligado à sua mente, corpo e alma? Se você tiver vivenciado muito isso, faça um círculo em torno do número abaixo de ‘muito’. Se não tiver vivenciado isso em nenhum momento, faça um círculo em torno do número abaixo de ‘nada’. Você deve fazer um círculo em torno de um dos números no meio, se desejar indicar que a sua resposta está em algum ponto entre ‘nada’ e ‘muito’.” As perguntas referem-se às últimas duas semanas.

SP1.1 Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

SP1.2 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

SP1.3 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

SP1.4 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

SP 2. 1 Até que ponto você encontra um sentido na vida?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

SP2.2 Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

SP2.3 Até que ponto você sente que sua vida tem uma finalidade?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

SP2.4 Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

SP5.1 Até que ponto você sente força espiritual interior?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

SP5.2 Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos 3	Bastante	Extremamente
1	2		4	5

SP8.1 Até que ponto a fé contribui para seu bem-estar?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos 3	Bastante	Extremamente
1	2		4	5

SP8.2 Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia a dia?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos 3	Bastante	Extremamente
1	2		4	5

SP8.3 Até que ponto a fé lhe dá força no dia a dia?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos 3	Bastante	Extremamente
1	2		4	5

SP3.2 Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos 3	Bastante	Extremamente
1	2		4	5

SP3.3 Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos 3	Bastante	Extremamente
1	2		4	5

SP3.4 Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos 3	Bastante	Extremamente
1	2		4	5

SP7.1 Quão esperançoso você se sente?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos 3	Bastante	Extremamente
1	2		4	5

SP7.2 Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos 3	Bastante	Extremamente
1	2		4	5

SP3.1 Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte,				
---	--	--	--	--

música)				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP4.1 Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP4.3 Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP4.4 O quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP5.3 O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP5.4 Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP6.1 Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP6.2 Até que ponto você tem paz interior?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

SP6.3 O quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP6.4 Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?				
--	--	--	--	--

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

SP7.3 Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?				
Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

SP7.4 O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?				
Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

SP8.4 Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?				
Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

SP4.2 Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?				
Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

## ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** As representações sociais do tratamento religioso e suas repercussões na qualidade de vida para adeptos do candomblé nação Jèji-mahi

**Pesquisador:** FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 59565622.9.0000.5282

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.500.108

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se da dissertação de mestrado do proponente no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UERJ. A pesquisa tratará de práticas terapêuticas de natureza religiosa e seus impactos na qualidade de vida de praticantes dos adeptos do candomblé nação Jèji- mahi. Será realizadas entrevistas com membros dessa comunidade religiosa frequentadores de cinco centros em três estados brasileiros.

**Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisa tem como objetivo geral estudar as "(...) representações sociais do tratamento religioso e suas repercussões na qualidade de vida para adeptos do candomblé da nação Jèji-mahi." Como objetivos específicos, a proponente lista:

- 1- Descrever as representações sociais do tratamento religioso para adeptos do candomblé de nação jèji mahi.
- 2- Relacionar as representações do tratamento religioso dos adeptos com a ideia de qualidade de vida.
- 3- Descrever as práticas de tratamentos religiosos do candomblé de nação jèji mahi.
- 4- Comparar os níveis de qualidade de vida entre os adeptos submetidos e não submetidos aos tratamentos religiosos.
- 5- Analisar a relação entre tratamentos religiosos e qualidade de vida com vista a construção de

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.500.108

um modelo explicativo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há referências a riscos para os envolvidos. A realização da pesquisa resultará numa ampliação do conhecimento sobre os recursos terapêuticos da prática religiosa a ser estudada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta tem como pressuposto que práticas religiosas tendem a promover uma harmonização corpo-mente-espiritualidade podendo, em tese, contribuir para a qualidade de vida de pacientes sob tratamento médico. Nesse sentido, parece apostar na perspectiva segundo a qual os recursos próprios da religião possam ser poderosos elementos terapêuticos. Para esta pesquisa especificamente, o recurso ao estudo de uma linhagem espiritualista vinculada ao candomblé tem um interesse especial dados os preconceitos e restrições sociais ainda vigentes contra esta importante tradição religiosa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Carta de apresentação: OK

Carta de autorização institucional: OK

TAI: OK

Folha de rosto: OK

Orçamento OK

TCLE OK

Questionário OK

**Recomendações:**

Não há recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências ou recomendações

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado.

A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.500.108

O protocolo de pesquisa apresentado encontra-se APROVADO, podendo a equipe de pesquisa dar sequência à sua realização, de acordo com o cronograma apresentado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1901671.pdf	26/05/2022 16:18:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	26/05/2022 16:16:51	FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	As_representacoes_sociais_do_tratamento_religioso_e_suas_repercussoes_na_qualidadede_vida_para_adeptos_do_candomble_nacao_Jeji_mahi.pdf	24/05/2022 19:51:51	FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/05/2022 17:22:39	FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_E_TCLE.pdf	01/05/2022 21:27:59	FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA	Aceito
Orçamento	APENDICE_F_ORCAMENTO.pdf	01/05/2022 21:27:32	FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	XWE_NOKUM_AYONO_AVIMAJE.pdf	01/05/2022 21:22:20	FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	VODUNXWE_DOKUN_LANHUNTO.PDF	01/05/2022 21:21:59	FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HUNXWE_AGE_KA_AMA.pdf	01/05/2022 21:21:39	FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HUNKPAME_HUNDAGBENA.pdf	01/05/2022 21:21:17	FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HUNKPAME_AYONO_HUNTOLOJI.pdf	01/05/2022 21:20:58	FRANCA HELENA ELIAS PEREIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.500.108

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Junho de 2022

---

**Assinado por:**  
**ALBA LUCIA CASTELO BRANCO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br