



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – PRPGP
CENTRO DE EDUCAÇÃO – CE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO – MPEDU

KÁTISSA GALGANIA FEITOSA COUTINHO RODRIGUES

**NÍVEL DE BEM ESTAR ESPIRITUAL EM ADEPTOS DE RELIGIÕES DE
MATRIZES AFRICANAS**

CRATO – CEARÁ

2019

KÁTISSA GALGANIA FEITOSA COUTINHO RODRIGUES

**NÍVEL DE BEM ESTAR ESPIRITUAL EM ADEPTOS DE RELIGIÕES DE
MATRIZES AFRICANAS**

Dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Educação - MPEDU, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Regional do Cariri- URCA, para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Formação de Professores.

Linha de Pesquisa: Práticas educativas, culturas e diversidade.

Orientador: Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino.

CRATO – CEARÁ

2019

KÁTISSA GALGANIA FEITOSA COUTINHO RODRIGUES

**NÍVEL DE BEM ESTAR ESPIRITUAL EM ADEPTOS DE RELIGIÕES DE
MATRIZES AFRICANAS**

Dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Educação – MPEDU, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Regional do Cariri – URCA, para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino (orientador)
Universidade Regional do Cariri – URCA
Departamento de Enfermagem – Presidente

Profa. Dra. Cícera Nunes
Universidade Regional do Cariri – URCA
Departamento de Educação – Membro interno

Profa. Dra. Emiliana Bezerra Gomes
Universidade Regional do Cariri – URCA
Departamento de Enfermagem – Membro externo

Dedico a meus pais (**João e Alice**) e meus irmãos (**Kátissa Amélia, Kissia e João Filho**) por me apoiarem continuamente, as minhas filhas (**Melissa, Maísa e Marcela**) e ao meu ex-marido (**Marcelo**) por compreenderem a necessidade da minha ausência para estudo e ao meu orientador (**Glauberto Quirino**) em nome de todos que compõem o Mestrado Profissional em Educação pela troca de experiências que me enriqueceu meu conhecimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser me permitir chegar até aqui com êxito, apesar de todas as tribulações que passei durante esse período do mestrado.

Aos meus pais e meus irmãos pelo amor incondicional.

Às minhas filhas pela segurança de saber que não estou sozinha.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Glauberto Quirino pela excelente orientação e organização, pela possibilidade que me deu de adquirir um novo olhar sobre a espiritualidade outros conhecimentos e crescimento pessoal.

À Banca, composta pelos professores Dra. Cícera Nunes, Dra. Emiliana Bezerra Gomes pelos subsídios, correções e direcionamentos na pesquisa, contribuindo para melhoria do meu trabalho dissertativo.

Aos meus amigos (as) de mestrado por me estimularem a cada dia ser alguém melhor, por me policiarem muitas vezes para eu me conter na minha sinceridade e espontaneidade e me estimulando em todas as dificuldades em nome da turma saúdo Ítalo Bandeira e Rebeca e que me prestigiam nessa defesa, por vibrarem com minhas conquistas.

Aos estagiários (as) Taina, Brehnda, Tiago, Tayane, Leonaria Luna, Andreia Lins e Nayara pelo auxílio na coleta e Natácia pela revisão da ABNT.

A amiga Eruska Alencar pelas contribuições nos momentos de crises que me nortearam na dissertação e na vida, a Sally Lacerda pela poesia, e a Janaina Job que saúdo todos os amigos que torcem por mim.

Aos professores (as) do Programa de Mestrado Profissional em Educação da URCA por além de excelentes profissionais serem indivíduos humanos e extraordinários que visam uma teoria aplicada na prática e na vivência diária, na superação constante de uma Educação abalada por múltiplos fatores externos, mas que permanece com ética e princípio como referência inabalável.

A todos os terreiros de Umbanda e Candomblé pela acolhida e disponibilidade de ajudar na pesquisa.

À Ana Roberta do CRAS, mãe Maria e meu amigo Júnior Sarmiento pelo qual sem eles seria impossível a realização da pesquisa.

À professora Loureto de Lima e a Silvia Marinho a quem saúdo e agradeço a todos da Secretária de Educação de Juazeiro do Norte-CE pela torcida, estímulo, incentivo e orações.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

BEE – Bem-Estar Espiritual

BEEA – Bem-Estar Espiritual Atual

BEEI – Bem-Estar Espiritual Ideal

BSI – Inventário Breve de Sintomas

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CE – Centro de Educação

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CRE – Coping religioso/espiritual

FIIA – Método de Avaliação Espiritual

IGS – Índice Geral de Sintomas

ISP – Índice de Sintomas Positivos

LDBE – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MEC – Ministério da Educação

MPEDU – Mestrado Profissional em Educação

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PRPGP – Pró- Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa

QV – Qualidade de Vida

SHALOM – Escala de Bem-estar espiritual: Medida espiritual de saúde e orientação para a vida: *Spiritual Health and Life- Orientation Measure*

SWBS – Sub Escala Bem-estar Espiritual

TSP – Total de Sintomas Positivos

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCPE – Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

URCA – Universidade Regional do Cariri

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das dimensões dos sintomas psicopatológicos avaliados pelo Inventário breve de sintomas: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI).....	35
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico.....	39
Tabela 2 – Perfil de saúde.....	41
Tabela 3 – Perfil de Estilo de Vida.....	42
Tabela 4 – Escala de Bem-Estar Espiritual (BEE).....	43
Tabela 5 – Sintomas Psicopatológicos.....	45
Tabela 6 – Correlação satisfação de vida e sintomas psicopatológicos.....	46

RESUMO

RODRIGUES, Kátissa Galgania Feitosa Coutinho. **Nível de Bem-Estar Espiritual em Adeptos de Religiões de Matrizes Africanas**. 2019. 128 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação) – Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa (PRPG). Universidade Regional do Cariri (URCA), 2019.

Este estudo teve como objeto de pesquisa mensurar o nível de saúde espiritual em adeptos de religiões de matrizes africanas, especificamente o Candomblé e a Umbanda; traçar o perfil sociodemográfico dos adeptos de matrizes africanas; avaliar o nível de bem estar espiritual e a satisfação com a vida dos participantes da pesquisa; identificar os sintomas psicopatológicos; avaliar a adesão ao regime terapêutico dos participantes do estudo com doenças crônicas; correlacionar satisfação com a vida e sintomas psicológicos. Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa que permitirá descrever variáveis em determinada população, classificando e avaliando com o uso de técnicas estatísticas. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 90291618.6.0000.5055. Utilizou-se o Questionário de dados sociodemográfico, a Escala de bem-estar espiritual: *Spiritual Health and life-Orientation Measure* (SHALOM); a Escala de necessidades espirituais e satisfação com a vida; o inventário breve de sintomas (BSI). A coleta de dados ocorreu em terreiros de Candomblé e Umbanda, localizados no município de Juazeiro do Norte-CE, Ceará, Brasil, de agosto de 2018 a junho de 2019. A população foram todas as pessoas acima de 18 anos adeptas das religiões de matrizes africanas. A amostragem foi realizada pela proporção da população nacional do Brasil estimada em 0,3% segundo o IBGE (2012), estimou-se que em Juazeiro do Norte-CE existam 750 pessoas adeptas de acordo com a fórmula de cálculo amostral de população finita de Miot (2011), resultou-se uma amostra de 257 adeptos. Foram visitados 38 terreiros, sendo pesquisados 35 terreiros com uma amostra de 263 adeptos, excluídos-se seis adeptos por preenchimento incompleto dos instrumentos, restou-se uma amostra final de 257 adeptos pesquisados acima da amostra sugerida. Os dados foram organizados no Microsoft Office Excel, e o PSY-SC- Tratamento de dados, agrupados e analisados no software estatístico RStudio. Os resultados foram apresentados em tabelas e confrontados com a literatura. Os adeptos de religiões de matrizes africanas apresentaram um perfil sociodemográfico de idade mínima (18 anos) e máxima (81 anos), predominância do sexo masculino, solteiros, brasileiros, escolaridade incompleta, desempregados. Com alto número de adeptos com problemas de saúde crônica que não recorrem a serviços médicos para tratamento. Foram classificados 17 tipos de doenças crônicas na pesquisa. A maioria dos adeptos não consome tabaco, fumo, e nem álcool. A predominância foi não realizarem atividades recreativas e físicas, e não dependerem do autocuidado. Existiu harmonia espiritual unanime nas quatro dimensões espirituais: pessoal, ambiental, comunitária e transcendental. Dos 257 adeptos pesquisados 78,3% tinham satisfação com a vida e necessidades espirituais supridas. Em relação às nove escalas do BSI os sintomas psicopatológicos predominantes foram hostilidade, IGS, obsessão-compulsão, psicoticismo, sensibilidade interpessoal, porém a depressão foi o que apresentou o valor médio mais baixo juntamente com o total de sintomas positivos (TSP). Constatou-se que 59,9% dos adeptos com doenças crônicas e que necessitam de cuidados a saúde, sendo que 85,1% tem baixa adesão ao regime terapêutico, ou seja, não seguem orientações profissionais de saúde em relação à medicação. Conclui-se que se faz necessário compreender que fatores o impedem de seguir as orientações dos profissionais de saúde e propor a ampliando a adesão ao regime terapêutico e manutenção do bem-estar espiritual relacionados à saúde espiritual e à pluralidade cultural de forma a

conscientizar a sociedade as diversas formas de educação através da informação direcionada como no caso dessa pesquisa que foi produzido um cordel educativo em forma de poesia.

Descritores: Adeptos de matrizes africanas.Saúde espiritual. Educação. Doenças crônicas.

ABSTRAT

RODRIGUES, Kátissa Galgania Feitosa Coutinho. **Level of spiritual well-being in Adepts of Religions of African Matrices.** 2019. 128 p. Dissertation (Professional Master in Education) - Postgraduate and Research Department (PRPG). Regional University of Cariri (URCA), 2019.

The objective of this study was to measure the level of spiritual health among adherents of religions of African matrices, specifically Candomblé and Umbanda; to draw the sociodemographic profile of African matrices; to evaluate the level of spiritual well-being and satisfaction with the life of the research participants; identify psychopathological symptoms; to evaluate the adherence to the therapeutic regimen of the study participants with chronic diseases; correlate satisfaction with life and psychological symptoms. It is a cross-sectional quantitative study that will allow to describe variables in a given population, classifying and evaluating with the use of statistical techniques. Approved by the Ethics and Research Committee (CEP) of the Regional University of Cariri and Certificate of Presentation for Ethical Appreciation (CAAE) nº 90291618.6.0000.5055. The Sociodemographic Data Questionnaire, the Spiritual Well-being Scale: Spiritual Health and Life-Oriented Measure (SHALOM) was used; the Scale of spiritual needs and satisfaction with life; the Brief Symptom Inventory (BSI). Data collection took place in Candomblé and Umbanda terrariums, located in the municipality of Juazeiro do Norte-CE, Ceará, Brazil, from August 2018 to June 2019. The population was all persons above 18 years old adherents of matrices religions African countries. Sampling was performed by the proportion of the Brazilian national population estimated at 0.3% according to the IBGE (2012), it was estimated that in Juazeiro do Norte-CE there are 750 adherents according to the sample calculation formula of finite population of Miot (2011), we generated a sample of 254 fans. 38 terreiros were visited, 35 terreiros were surveyed with a sample of 263 adepts, six adepts were excluded due to the incomplete filling of the instruments, a final sample of 257 followers was left to be found above the suggested sample. The data were organized in Microsoft Office Excel, and the PSY-SC- Data Processing, grouped and analyzed in statistical software RStudio. The results were presented in tables and confronted with the literature. The adherents of religions of African matrices presented a sociodemographic profile of minimum age (18 years) and maximum (81 years), male predominance, unmarried, Brazilian, incomplete schooling, unemployed. With a high number of adepts with chronic health problems who do not resort to medical services for treatment. There were 17 types of chronic diseases classified in the research. Most adepts do not consume tobacco, tobacco, or alcohol. There was predominance was not performing recreational and physical activities, and not depend on self-care. There was unanimous spiritual harmony in the four spiritual dimensions: personal, environmental, communal and transcendental. Of the 257 adepts surveyed, 78.3% were satisfied with life and spiritual needs met. Regarding the nine BSI scales, the predominant psychopathological symptoms were hostility, IGS, obsessive-compulsion, psychoticism, interpersonal sensitivity, but depression presented the lowest mean value together with total positive symptoms (TSP). It was observed that 59.9% of the adherents with chronic diseases and who need health care, 85.1% of whom have low adherence to the therapeutic regimen, ie, do not follow professional health guidelines regarding medication. It is concluded that it is necessary to understand what

factors prevent him from following the guidelines of health professionals and propose to broaden adherence to the therapeutic regime and maintenance of spiritual well-being related to spiritual health and cultural plurality.

Keywords: African matrices, Spiritual health, Chronic diseases

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivo geral	17
1.2 Objetivo específico	17
2 ESPIRITUALIDADE E BEM ESTAR ESPIRITUAL (BEE)	18
2.1 Religiões de matrizes africanas: candomblé e umbanda	23
2.2 Educação, espiritualidade e saúde	28
3 MÉTODO	32
3.1 Tipo de estudo	32
3.2 Local de estudo	32
3.3 População, amostra e amostragem	33
3.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados	33
3.4.1 Formulário de dados sociodemográfico	35
3.4.2 Escala de Bem-Estar Espiritual - <i>Spiritual Health and Life-Orientation Measure</i> – SHALOM	35
3.4.3 Escala de necessidade espirituais e satisfação com a vida	36
3.4.4 Inventário breve de sintomas (BSI)	36
3.4.5 Item de adesão ao regime terapêutico	39
3.5 Organização, apresentação e análise dos dados	40
3.6 Aspectos éticos	40
4 RESULTADOS	42
4.1 Perfil sociodemográfico	42
4.2 Nível de bem-estar espiritual (BEE)	45
4.3 Necessidades espirituais e satisfação com a vida	47
4.4 Sintomas psicopatológicos	48
4.5 Adesão ao regime terapêutico	48
4.6 Correlação entre a satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos	49
5 DISCUSSÃO	50
5.1 Perfil sociodemográfico	50
5.1.1. Perfil sociodemográfico	50
5.1.2 Perfil de saúde	52
5.1.3 Perfil de estilo de vida	54
5.2 Necessidades espirituais e satisfação com a vida	54

5.3 Nível de bem-estar espiritual (BEE)	56
5.4 Sintomas psicopatológicos	57
5.5 Adesão ao regime terapêutico	58
5.6 Correlação entre a satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos	59
6 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	74
APÊNDICE A - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	75
APÊNDICE B - SHALOM – QUESTIONÁRIO DE BEM ESTAR ESPIRITUAL	79
APÊNDICE C – ESCALA DE NECESSIDADES ESPIRITUAIS E SATISFAÇÃO COM A VIDA	81
APÊNDICE D – INVENTÁRIO BREVE DE SINTOMAS	82
APÊNDICE E – ITEM DE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO¹⁵	85
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
APÊNDICE G -TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	87
ANEXOS	88
ANEXO A – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO ÉTICA (CAAE)	89
ANEXO B – ARTIGO REVISTA ID ONLINE v. 13. n. 45 (2019) - SUPLEMENTO I INTITULADO: BEM ESTAR ESPIRITUAL EM ADEPTOS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS E SUA RELAÇÃO COM O CURRÍCULO ESCOLAR	92
ANEXO C- PRODUTO - POESIA EDUCATIVA: MATRIZES AFRICANAS	93

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde tem se modificado e envolve dimensões históricas, de lugar, de classe social e deve ser pensado a partir do contexto econômico, político, social e cultural, sendo representado mediante concepções individuais, científicas, religiosas e filosóficas. Analisado de modos diferentes, cada experiência humana, pode ter vários sentidos de acordo com que é representada na perspectiva histórica e contexto sociocultural. Neste sentido, saúde e doença estão sujeitos a mudanças relacionadas ao conhecimento, composição da natureza e função corporal, bem como a relação entre corpo, espírito e meio ambiente em que se insere o indivíduo. Refletir o desenvolvimento histórico do conceito de saúde é fundamental para se entender como foi construído (SCLIAR, 2007).

Até a Segunda Guerra Mundial não se tinha uma definição propriamente dita de saúde. Mas a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 formularam um conceito relacionando-o ao direito, à responsabilidade do Estado e à promoção da saúde (SCLIAR, 2007). No mesmo ano, a saúde foi conceituada pela Organização Mundial de Saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças, o qual foi modificado em 1998 e nele foi incluído a dimensão espiritual (SALGADO, 2006).

Com a inclusão da dimensão espiritual no conceito de saúde, pensa-se, então, em um bem-estar espiritual. Assim, com a introdução do bem-estar espiritual, estabelece-se uma relação de implicação, na qual se abre um campo de estudo, ao mesmo tempo controverso e desafiador (MOREIRA-ALMEIDA, 2007). Dessa forma, o bem-estar espiritual cruza os conceitos de saúde e espiritualidade (MANGIA, 2015). Esta inclusão remete a questões de sentido de vida e seu significado, que vão além de crenças e posições religiosas. Neste sentido, as experiências de vida podem ser percebidas como algo não compreendido materialmente, mas que resulta em avanço na saúde e qualidade de vida das pessoas (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Lukoff (2003) afirma que existem pesquisas que encontraram correlação entre saúde e espiritualidade, indicando a necessidade de inclusão da espiritualidade como recurso da saúde desde a formação acadêmica, em objetos de pesquisa e currículo escolar na tentativa de entender como esta dimensão influencia a vida das pessoas.

A espiritualidade pode ser entendida como a crença que aceita desenvolver a parte espiritual do ser humano em oposição a sua parte material. Podendo coexistir ou não com a prática de um credo religioso (LUENGO; MENDONÇA, 2014).

O estudo da espiritualidade na escola de Nijmegen, na Holanda foi a primeira manifestação a respeito do assunto, como verdadeiro fascínio do estudo empírico da espiritualidade, considerando a busca de sentido, unidade e transcendência do ser humano capaz de intuir, trazer afeto e atualização do potencial, diferenciando-a da religiosidade que se definiria como algo organizacional, ritualístico e ideológico (PAIVA, 2005; AQUINO et al., 2009).

No entanto, Pinto e Ribeiro (2007), Saad, Masiero e Battistella (2001) e Gallian (2000) questionam a necessidade de estudar a espiritualidade no campo da saúde e as influências sobre as grandes religiões, reflexões sobre Deus, fé, dor, sofrimento, morte, questões bioéticas e a transcendência enquanto campo a ser explorado dentro dos domínios da pesquisa científica e limitações metodológicas.

Cada cultura carrega em si sua individualidade, demonstra comportamentos que identificam seus hábitos, modos de pensar e agir, uma natureza impressa no corpo e na alma de cada localidade, civilização, tempo histórico, condição de saúde/doença e características socioeconômicas. No âmbito das práticas de saúde, a espiritualidade configura-se como uma dimensão usada no enfrentamento dos problemas de saúde que pode ser resgatada, mas que necessita ser atualizada para o contexto social contemporâneo (VASCONCELOS, 2009). Isto é observado pelo incremento das pesquisas e atividades acadêmicas relacionadas ao tema.

Muitos estudos têm demonstrado que o impacto da espiritualidade sobre diversos parâmetros de saúde pode ser mensurado de forma metodologicamente eficiente, com um extenso número de publicações em diversas bases de dados Medline, PsycLit, Embase e outras. Em 1994, apenas 17 das 126 Faculdades de Medicina dos Estados Unidos ofereciam atividades curriculares ligadas à espiritualidade, em 1998 este já atingia 39, em 2004, 84 já possuíam atividades relacionadas aos estudos e pesquisas sobre a espiritualidade e relações com a fé e a saúde (DAL-FARRA; GEREMIA, 2010 p. 1).

De acordo com Almeida (2015), mais de 3.000 estudos investigaram a relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde. Sendo observada de modo geral a qualidade de vida, satisfação, felicidade, menor índice de suicídio e depressão, impactando no estilo de vida e comportamento saudável. Positivamente, houve uma maior valorização do corpo evitando drogas e álcool, violência e promiscuidade aos que tinha uma espiritualidade e religiosidade ativa, com suporte social para orações, meditação e o transe. E negativamente, os que fogem dos valores espirituais ou religiosos abandonam com facilidade os tratamentos médicos, psicológicos, se isolam e tem uma postura passiva diante das dificuldades da vida, não encontrando sentido de vida.

A espiritualidade e a religiosidade integram a experiência sagrada e transcendente humana. Assim, religiosidade pode ser entendida como uma atitude diante de algo ou alguém que produz o sentido, acontecimentos do mundo e de si mesmo, concebido por palavras ou comportamentos expressos e por meio de uma experiência subjetiva. Nesta perspectiva, May (1991) afirma que a atitude religiosa da pessoa reside na convicção de que há valores na existência humana, dignos de que se viva e morra por eles.

No âmbito nacional, constata-se que a maioria dos brasileiros acredita na ação do sagrado na prevenção e cura de enfermidades, o que motiva as pessoas a procurarem auxílio na espiritualidade ou ajuda religiosa, configurando a prática da espiritualidade e os cultos religiosos como espaços terapêuticos (MELLO; OLIVEIRA, 2013). Incluídas neste contexto, as religiões de matrizes africanas, especialmente, o candomblé e a umbanda, oferecem serviços de cura, promoção da saúde e rede de apoio social (MOTA; TRAD, 2011).

A umbanda é uma religião que tem valores religiosos ancestrais e foram herdados de culturas religiosas anteriores ao cristianismo. Tem sua base em cultos africanos, espiritismo, catolicismo, budismo e hinduísmo, sendo uma religião mágica que tem a participação ativa dos *mediuns* (SARACENI, 2008). Já o candomblé é uma religião que se constituiu no Brasil no século XIX e foi responsável pela preservação do patrimônio espiritual e cultural de negros escravizados, que provenientes de vários lugares do continente africano fundiram os cultos e as práticas culturais (MOTA; TRAD, 2011).

As práticas religiosas podem ser observadas de acordo com a visão de Marx e Vygotsky que nos diz respeito ao Ser Social e suas necessidades de produzir elementos vivenciais através de uma concepção de ser homem representada de forma simbólica ou material (MARTINS, 2010).

No caso da dissertação o produto final foi representado pela figura material da Poesia e a forma simbólica o resultado da pesquisa que embasou o ser homem de religião de matrizes africanas, tanto na expressão das crenças, arte, cultura, política, economia e rituais; como também, como processos desmistificadores da espiritualidade para além de uma religiosidade, conscientizando as diferenças históricas essenciais e necessárias ao esclarecimento de várias formas de espiritualidade, saúde e educação numa dimensão transformadora desse ser social.

A relação do homem com a natureza por meio do trabalho se dá de forma dialética em constante transformação que altera a si e ao mundo exterior e por fim descompõe a sua própria natureza refletida na gênese do trabalho e produção das consciências incididas dessa compreensão que cultivava muitas vezes o racismo cultural (MARTINS, 2010). Então nesse

percurso da pesquisa a poesia vem como sujeito ativo de produção para incluir o que difere e incomoda, o que oferta e cura numa ambiguidade humana que dimensionará uma educação para um ser humano com relações de alteridade. As informações de saúde não estigmatizadas apenas por um saber, mas por diversos saberes praticados com resultados cientificamente comprovados.

Assim, considerando que a espiritualidade é uma dimensão da saúde e que as religiões de matrizes africanas se configuram como espaços no qual são oferecidos serviços relacionados à saúde, questionam-se: qual o nível de bem-estar espiritual dos adeptos de religiões de matrizes africanas?

Conhecer o nível de bem-estar espiritual de adeptos de religiões de matrizes africanas vai permitir ampliar o estudo sobre a saúde desse grupo populacional específico, bem como pesquisar a temática saúde e espiritualidade, nos trará formas de atuar na sociedade com apropriação teórica do assunto, o que tem potencial de repercutir nas práticas pedagógicas do saber-fazer-ser docente. Portanto, a pesquisa tem relevância social e ética na obtenção de dados ainda não pesquisados como a relação entre bem-estar espiritual e religiões de matrizes africanas, especificamente, o candomblé e a umbanda. Com base na proeminência social sobre a espiritualidade estudada no presente trabalho apresentam-se os seguintes objetivos.

1.1 Objetivo geral

Mensurar o nível de bem-estar espiritual em adeptos de religiões de matrizes africanas, especificamente, o Candomblé e a Umbanda

1.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico, de saúde e estilo de vida dos adeptos de religiões de matrizes africanas;
- Avaliar o nível de Bem-estar Espiritual (BEE) e as necessidades espirituais e satisfação com a vida dos participantes da pesquisa;
- Identificar os sintomas psicopatológicos nos participantes do estudo;
- Descrever a adesão ao regime terapêutico dos participantes do estudo com doença crônica;
- Correlacionar satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos.

2 ESPIRITUALIDADE E BEM ESTAR ESPIRITUAL (BEE)

A espiritualidade pode ser vista como parte integrante do ser humano em sua totalidade com o mundo externo, produzindo sentido à existência em uma dimensão de busca de sentido e melhor qualidade de vida, assim “em termos emocionais, a espiritualidade propicia uma maneira diferenciada de tratar as dificuldades, que pode ser vista como experiências de vida” (MÜLLER, 2004, p. 09). Sendo estudada por diversas áreas do conhecimento, como: filosofia, saúde e educação, utiliza-se de temáticas diversificadas que consideram aspectos religiosos, não religiosos, o sagrado na ciência, cura, adoecimento e resiliência, por exemplo.

A espiritualidade nos remete a uma contradição com o que é real, vai além de uma crença, congregação ou contexto de revelação, é transcender a qualidade de toda materialidade, muitas vezes não compreendida por incluí-la na designação de identidade religiosa (ZILLES, 2004).

Teixeira, Muller e Silva (2004) refere-se à transcendência e ao transcendente como essência da existência humana, uma procura de conseguir um novo encontro quando sai de si mesmo. O ingresso no intransitável da vida, não importa a duração e sim a significação de cada um, representado através da fonte do espírito. Nessa forma de transcender, considera-se o autodesenvolvimento pessoal por meio das experiências físicas, emocionais, mentais e integrativo pessoal e o autodesenvolvimento transpessoal por meio das experiências intuitivas, psíquicas, mística e cósmica. Abreviar a matéria em profundo espírito é a questão básica da amplitude espiritual. Em sua convicção de estado de consciência, valoriza o sentimento e estrutura-se a partir da esperança, de uma construção da experiência perceptiva e multifacetada do externo e interno, além de uma consciência de estar no mundo (MOSQUERA, 2004).

A espiritualidade é vista fora da ilusão ou alienação do eu, salva o homem da prisão do inconsciente, é o princípio da liberdade, liberdade essa que produz ideias, pensamentos e a redução do determinismo cultural, ou seja, do que aprendemos e do que nos difere dos animais, e faz com que o ser humano transcenda no movimento de desprender-se de pensar e agir em prol de si mesmo (FERREIRA, 2016). Assim, a “espiritualidade não significa crença em um Deus judaico-cristão-islâmico e não se restringe a ela, e crença em Deus não constitui a espiritualidade” (SOLOMON, 2003, p. 18), livre de preconceitos e juízos aos que não creem, ultrapassando a dimensão religiosa, em parte à ideia do descrente como homens frios, interesseiros, que não sentem a dor do mundo em meio aos problemas que se

apresentam por não serem religiosos é distorcida, pois a espiritualidade excede essa barreira da religião (SOLOMON, 2003).

Em tempos em que doenças ameaçam a vida ou o modo de vida, negligenciar a dimensão espiritual pode se comparar a não atentar para o ambiente social e estado psicológico. Sabe-se que esses fatores influenciam a saúde física e não perceber pode causar danos no tratamento integral do ser. Para Lau (2016) o culto ao não espiritual, ou seja, ao material apagou na modernidade os imperativos do sublime, do enigma e da probabilidade.

O termo espiritualidade envolve questões quanto ao significado da vida e à razão de viver, não limitado a tipos de crenças ou práticas, já a religião seria esta crença que dá ao homem uma natureza espiritual sabendo que existe alguém superior, sobrenatural e a religiosidade é a extensão na qual o indivíduo acredita, segue a prática de uma religião (PAZZINI, 2013).

Entendida como um conjunto de todas as emoções e convicções psicológicas, subjetiva e não material, Volcan et al. (2003), considera a espiritualidade como hipótese de que na vida tem mais no viver do que se possa imaginar, alcançar ou compreender, e que as transformações da realidade transcendem todas as experiências religiosas.

Algumas pesquisas incluem a relação da espiritualidade e qualidade de vida como recurso auxiliar no enfrentamento de eventos estressores no processo saúde e doença, como exemplo a pesquisa sobre HIV/aids que aponta evidências de escores mais altos em grupos assintomáticos decorrendo em segundo lugar o domínio da espiritualidade, religião e crenças pessoais, e uma relação altamente significativa em relação à qualidade de vida e bem estar espiritual/ e grupos sintomáticos escores mais altos, no domínio da espiritualidade, religião e crenças pessoais compreendidos de forma positiva no processo de resiliência do adoecido, na contribuição com o despertar do sentido da vida e estímulo ao acompanhamento médico. Ressalta-se neste estudo a importância da fé e da espiritualidade como fonte de apoio social no tratamento e não como afastamento da doença (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008).

A religiosidade e a espiritualidade são consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Diante do exposto, verifica-se uma harmonia no bem-estar das pessoas que possuem uma religião ou espiritualidade incorporadas na prática como razão de viver, e que ressalta o estilo de vida e o comportamento através de suas crenças e valores (FLECK et al., 2003). De modo geral, pode dizer que a espiritualidade é algo para além da religião, mas que pode ser complementar em algumas situações e contextos. A espiritualidade é desmaterializada, e assim como a fé e a crença, carece dar sentido à vida humana.

Koenig (2005) ressalta que é importante os profissionais da saúde reconhecerem a história espiritual das pessoas, no intuito de respeitarem as decisões a serem tomadas em relação a sua saúde. Sendo que a religião pode ter efeitos positivos e negativos. Mas que a ideia é considerar a comunicação saúde-religião, e a espiritualidade como “área vital para saúde psicológica, social e física” (KOENING, 2005, p. 51) e em seu estudo com 100 pessoas, evidenciou que 79 tiveram melhor bem-estar, satisfação na vida e felicidade a partir da sua crença religiosa, sem subestimar os efeitos dessas convicções.

Na interface da espiritualidade e do bem-estar espiritual (BEE) é relevante explicar sobre a qualidade de vida (QV) definida por Pazzini (2013) como a maneira que o indivíduo se posiciona na vida perante seu sistema de valores, seu contexto cultural relacionado com padrões e esperanças do viver. Uma variável que se associa a essa qualidade de vida é o *coping* religioso/espiritual (CRE) que pode ser definido como o uso da religiosidade, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e problemas da vida, ou seja, é a maneira no qual a pessoa se adapta, maneja uma situação estressora na sua vida.

A resiliência é um fator que contribui para qualidade de vida, ajuda na experiência do adoecimento, age como proteção à saúde, reduz agravos e fortalece o espírito. O construto da sub escala bem-estar espiritual (SWBS) que foi desenvolvido em 1989 por Paloutizian e Ellison, ressalta que os elementos religiosos e existenciais são avaliados na menção subjetiva da relação pessoal do indivíduo, permeado pela sua crença. Portanto, a espiritualidade amplia o bem-estar espiritual (BEE) sendo destacado na literatura científica, como causa muitas vezes do sentido e da satisfação de vida, principalmente relacionados a problemas de saúde, como citado o exemplo dos casos de HIV/aids (VOLCAN et al., 2003).

A qualidade de vida (QV) vinculada à espiritualidade é abordada também na psicologia positiva, independente do sujeito estar adoecido ou não, a QV é vista como um fator de proteção à saúde e no enfrentamento de dificuldades ou episódios dolorosos. Muitos debates são levantados no que tange à relação da ciência e religião; comportamento religioso, cultura e neurobiologia e devidos às mudanças ao longo da história, tais conflitos são investigados através do desenvolvimento de escalas e medidas para verificação de fenômenos observados e não explicados (GOBATTO; ARAÚJO, 2010).

A complexidade em estudar sobre a espiritualidade requer vários instrumentos que proporcionem o levantamento dessa história espiritual como recurso interventivo: história espiritual de Kuhn; história espiritual de Matthews; método de avaliação espiritual – FIIA; história espiritual de Maugans; questionário HOPE (H - fontes de esperança, O - religião organizada, P - espiritualidade pessoal e prática e E - efeitos no tratamento médico e assuntos

terminais; história espiritual ACP - abordagem centrada na pessoa, sendo uma das mais fortes pela credibilidade médica (KOENING, 2005).

Para Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), a visão ampliada de saúde está longe do abstrato, envolve modos de produzir ou recriar de maneira única, os campos variados e as diversas dimensões culturais do indivíduo não fragmentado e sem rigidez à realidade concreta de normas e imposição peculiares do ser humano. Indivíduos na sua comunidade devem utilizar esse conceito ampliado para diversos fatores da vida humana.

A saúde é definida a partir das relações e não apenas de sujeitos, a sua integralidade é estabelecida consigo em termos das ações exercidas no cuidado e sua totalidade, assumindo vários campos que abarca não existindo uma unidade desse conceito em que o contexto diz muito mais ligando políticas públicas, demandas biopsicossocial que relacionam o culto dos corpos (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Pesquisa demonstra que os estudantes na graduação em medicina e enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, constataram a necessidade de um entendimento maior a respeito da espiritualidade no que concerne à formação profissional e pessoal, afim de que se estabeleça uma relação profissional-usuário que corrobore para o aumento de qualidade de vida das pessoas, uma verdadeira compreensão do que transcende a biologia e bioquímica no modelo tecnicista, com o autoconhecimento, humanização e cuidado de si.

As conquistas do modelo biomecânico de ensino e prática da medicina não alcançaram ofuscar o papel que a espiritualidade ocupa no processo saúde e doença, no interior dos sentidos e dos sentimentos esconde-se a transcendência da natureza humana (REGINATO; CRAICE DE BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

Moreira-Almeida (2007) afirma que o desenvolvimento de conceitos sobre espiritualidade e religiosidade abriu margem para uma análise conceitual denominada emergência espiritual ainda não passível de manifestação científica e rigor metodológico. No entanto, com o reconhecimento de problemas religiosos e espirituais como colaborador para inclusão da sensibilidade dos profissionais de saúde diante da relevância de ponderar a religiosidade e a espiritualidade das pessoas nos âmbitos médico e psicoterapêutico, são sugeridos critérios diagnósticos na diferenciação da experiência espiritual patológica da não patológica, involuntariamente das aparências ontológicas abarcadas. Pensando, assim, a saúde se vincula à diversidade, sobre como este sujeito se constituiu, e mostra as variáveis do conceito de saúde que foge de uma explicação apenas racional e norteia uma plenitude, uma busca pela completude humana, pela qualidade de vida e espiritualidade.

A saúde espiritual está relacionada ao bem-estar espiritual (BEE) que emerge no meio social imbricado por relações de poder, problemas socioeconômicos, políticos, ambientais, que compete à luta pela sobrevivência. A saúde espiritual é possível quando o sujeito consegue ter o direito e a segurança humana de se desenvolver incluso na qualidade de vida fortalecendo uma das dimensões mais importante da existência (BUSS, 2003).

O bem-estar espiritual (BEE) já foi estudado em relação a diversos desfechos da saúde (pessoas idosas, com câncer e depressão), é uma questão da espiritualidade que aborda uma percepção subjetiva sobre o bem-estar do sujeito em relação a sua crença. Os estudos apontam que o bem-estar espiritual é um fator de promoção da saúde, no caso de distúrbios mentais, transtornos psiquiátricos, diminuição de riscos a suicídios, ansiedade, angústia e outras doenças. Mas há de se considerar as limitações devido ao delineamento transversal, ou seja, a impossibilidade de acompanhamento longitudinal da amostra (VOLCAN et al., 2003).

É relevante destacar que aspectos culturais acendem o modo de vida das pessoas em relação à espiritualidade e suas vivências em diferentes necessidades e momentos da vida, adotando posturas e atitudes religiosas e as reconhecendo como parte essencial. “Aspectos culturais entusiasmam o modo como às pessoas vivenciam a espiritualidade” (GOBATTO; ARAÚJO, 2010, p. 3).

Pesquisas elaboradas no intuito de observar a relação entre QV e o contexto da saúde, apontam atitudes, costumes, maneiras de viver relacionadas em diferentes níveis e disposições, sejam, físico, mental, cultural, ambiental e espiritual. Mostram, ainda, que a crença do indivíduo e sua prática religiosa forma seu modo de vida e comportamento (FLECK et al., 2003; PAIVA; ZANGARI, 2004).

Moreira-Almeida (2007, p. 2) confia que “estudar a espiritualidade é uma empreitada muito entusiasmante e perigosa” que se configura em uma área repleta de preconceitos a favor e contra, com opiniões formadas sem análise aprofundada das evidências disponíveis, que independem das crenças que se possui, sejam essas materialistas, espirituais, religiosas ou antirreligiosas. Dessa forma, é necessário explorar a relação entre espiritualidade e apurar o bem-estar espiritual (BEE).

No Brasil, as pesquisas na área da espiritualidade e saúde ainda são tímidas. Assim, se torna necessário ampliar o campo de pesquisas para avaliar o bem-estar espiritual (BEE) e a saúde dos que acreditam na espiritualidade como fonte de energia para melhor qualidade de vida (QV) e bem-estar espiritual (BEE).

No contexto de pesquisas sobre espiritualidade, religiosidade e saúde, profissionais de saúde e interações entre o processo de saúde e doença, no Brasil até 2016 só

tinham dois grupos de estudos sobre a temática. O grupo de trabalho sobre Psicologia e senso religioso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia e o grupo do núcleo de pesquisa em espiritualidade e saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora. Neste escopo, não foi encontrado nenhum grupo de estudo sobre a espiritualidade e a saúde da população de matriz africana (FREITAS, 2016).

Freitas (2016) sugere que as pesquisas considerem os relatos subjetivos como as vivências aproximando-se da religiosidade, qualidade de vida, hábitos saudáveis, fé, bem-estar, experiência e saúde. Nesse binômio, espiritualidade e saúde, em que a junção de ideias e conceitos represente uma possibilidade harmônica em verdade ainda que subjetiva.

Fisher (2003, apud Brito, 2014) considera o bem-estar espiritual uma forma de espelhar como as pessoas vivem em harmonia em relação consigo próprias (pessoal), com os outros (comunitária), com a natureza (ambiental) e com Deus (transcendental).

A saúde espiritual é flexível, pois depende de inúmeras variáveis, e dos atributos relacionais como propriedade que expressa o bem estar espiritual, a partir de cada domínio apresentado de sofrimentos e alterações (BRITO, 2014, p. 52).

Os perfis personalistas, comunitários, ambientalistas, globalistas, racionalistas são identificados como representação das características prioritárias em que os sujeitos se permitem para o bem-estar espiritual (BRITO, 2014).

Para mensurar o bem-estar espiritual ideal (BEEI) dos adeptos de religiões de matrizes africanas e medir o bem-estar espiritual atual (BEEEA) dos adeptos de religiões de matrizes africanas, precisamos entender a constituição dessas crenças e como enxergam a saúde e a espiritualidade na cosmovisão das religiões Umbanda e Candomblé. Sendo assim, se faz necessário contextualizar um pouco da história dessas religiões com a temática.

2.1 Religiões de matrizes africanas: Candomblé e Umbanda

Para descrever as religiões de matrizes africanas é pertinente falar um pouco sobre a cosmovisão africana na perspectiva de entender suas raízes e filosofia da diversidade no contexto histórico, econômico e político. Respeitar o cotidiano e o bem viver em comunidade é um dos princípios do povo africano em que assume como base a ancestralidade, o antepassado, vivendo o presente sem perder a ligação com o passado. Assim, existe a potencialização do conhecimento através de tempos e espaços organizados, cultura, religião e equilíbrio, buscando acima de tudo a paz interior não individualista, mas coletiva, uma vertente social que respeita as diferenças e promove a alteridade. Anterior à invasão europeia, a África como modelo de organização para a vida encontra barreiras epistemológicas,

filosóficas, ideológicas e de caráter da miscigenação que tentam negar os africanos e seus descendentes (OLIVEIRA, 2006).

Conforme Oliveira (2006) elucidar as resistências, esclarece uma força da identidade africana, que foi inferiorizada durante séculos na história mundial. Não separam a pluralidade religiosa, política, do poder e da natureza, onde tudo é integrado.

É interessante notar que os “registros da história mostram inúmeros exemplos de fanatismo e intolerância. Já houve lutas de uma religião contra outra e se travavam diversas guerras em nome da religião”. Ainda hoje existem perseguições por causa das suas convicções, por falta de conhecimento sobre um determinado assunto, em que apenas se enxerga a manifestação religiosa sem entender o que professa de fato, havendo muitas perseguições as religiões de matrizes africanas (GAARDER; HELLERN; NOTAKER, 2005, p. 17).

A cosmovisão africana apresenta tudo que se manifesta ou oculta - se compõe o universo, estando “o homem intimamente ligado a todos os elementos da natureza e seu criador, sendo este um microcosmo de todos os elementos, um microcosmo, tudo participa de tudo e o todo é a unidade de todas as partes, sendo o universo sincrônico e não linear” (RIBEIRO, 1996, p. 43).

Nessa perspectiva, a tradição africana pode ser relatada com “a chegada ao território brasileiro através do tráfico negreiro transatlântico, os africanos tinham vários costumes e tradições, bantos, nagôs e jejés, cujas crenças religiosas deram origem às religiões afro-brasileiras”. Os africanos trouxeram em sua religiosidade destaque com várias outras religiões como o islamismo e cristianismo tradicionais, sendo visto como prática de magia e a feitiçaria. As religiões de matriz africana são consideradas politeístas, acreditam em um conjunto de Deuses, cultuam antepassados e divindades da natureza. Não creem em pecado, céu e inferno, como outras religiões. O sagrado e o profano são inseparáveis. Cultuam os orixás, com vários ritos e crenças. Trouxeram uma cultura de danças, novos gêneros e instrumentos musicais e culinária (DANTAS, 2017, p. 1).

O universo africano convive com o fundamento de energias construtoras e energias destrutoras e todas essas estão no mundo, não acreditam em bem e mal como as religiões judaico-cristãs. A religião africana é inclusiva e não dogmática (CUNHA JÚNIOR, 2006).

No Brasil, as religiões de matrizes africanas, recuperaram seu universo cultural-religioso. Mesmo diante de muitas mudanças os princípios da tradição e identidade cultural foram resguardados, ocorreram como uma forma de resistência dos negros africanos. A

expressão cultural traz em suas raízes a relação com os cultos religiosos africanos resistindo à cultura local (LIMA; ALVES, 2015).

O Candomblé, religião afro-brasileira baseada no culto aos orixás, da qual surge a Umbanda que se diferencia. É uma religião nova, seus valores religiosos são ancestrais e foram herdados de culturas religiosas anteriores ao cristianismo. Agrega em sua base a formação dos cultos afros, nativos, doutrina espírita kardecista, religião católica e um pouco do budismo e hinduísmo. De acordo com Saraceni (2008, p. 11- 12), existe um problema de entendimento em “várias correntes de pensamento doutrinário e heranças religiosas herdadas pela umbanda adaptadas a cultura tipicamente cristã, cujos valores estão arraigados no inconsciente religioso coletivo brasileiro”.

Em relação à saúde das pessoas afrodescendentes foi criada a Rede de Religiões Afro-brasileiras e Saúde no II Seminário Nacional de Religiões Afrodescendentes em 2003, na cidade de São Luiz do Maranhão com o objetivo de acolher e aconselhar os grupos historicamente excluídos, possibilitando as práticas rituais e as relações interpessoais, trocas afetivas, e produção do conhecimento em templos afro-religiosos, com “a promoção à saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a renovação de tradições milenares, sobretudo por meio do uso das plantas medicinais” (SILVA, 2007, p.1).

Entretanto, o que baliza conceitos em consideração à questão da espiritualidade é uma definição quanto a uma percepção das diferentes significações, sentidos e olhares sobre as questões de saúde, espiritualidade, religiosidade e educação. Silva (2007) refere-se ao estudo da religião em quatro eixos, sendo esses considerados: o eixo do “conceito ou crença”, ou seja, um repertório de ideias expressos através da linguagem, o eixo da cerimônia religiosa, ou seja, das escrituras sagradas, dos credos, das doutrinas ou mitos em ritos religiosos; o eixo da organização que é a instituição religiosa, igreja, terreiro, local de culto, natureza e o eixo da experiência que atribui significado singular a cada sujeito e transforma o coletivo a partir desta espiritualidade que dá sentido à existência.

Considerando a cosmovisão africana sob o prisma religioso reflete uma visão de universo, natureza, práticas culturais, política, economia, estrutura social através de estruturas de famílias extensas ou cidades-estados, como possibilidade de organização e produção da vida. Regida por “princípios da diversidade, da integração, da harmonia com a natureza, senioridade - ligado à ancestralidade, princípio da complementariedade, da polaridade do mundo em energias construtivas e destrutivas, e o princípio comunitário, como instância de bem-estar social” (OLIVEIRA, 2006, p. 72).

É fundamental na noção africana, a noção de pessoa que através da ancestralidade se fundamenta na palavra como forma de expressão humana que liga todos a tudo e tudo a todos como força vital que conduz ritos de iniciação e socialização dos africanos categorizados na ancestralidade. Palavra como forma de poder, tradição que move o mundo em múltipla dimensão da experiência humana ao espaço do aprender um modo de pensar, uma religião inserida em uma visão não dualista, que ensina o respeito aos mais velhos e a tradição de modos diferentes em cosmo, ou seja, o universo total imbricado de passado, presente e futuro, mais de passado que é o aprendido e presente o agora que pode ser alterado baseado nos antepassados e menos de futuro que é perspectiva e possibilidades (OLIVEIRA, 2006).

O ponto de vista do termo “cultura africana” utilizado por Oliveira (2006) mostra na variedade de comportamentos e sentimentos que diferem o modo de pensar a escola ocidental. Que se funda como espaço universal de diversidade cultural, social, de práticas experienciais contextualizadas, várias etnias, situações de discriminação, exclusão social, diferentes religiões e modos de vida e convivência.

A cultura africana visa o bem comunitário e a ancestralidade, a escola tem normas e regras muitas vezes não respeitadas, necessitando de leis para fazer valer o direito para todos/as, como a escola laica, que não deve orientar crenças, nem valores, mas deve defender a pluralidade e diversidade religiosas. Certamente, uma política de inclusão e diversidade criada para assegurar na forma de Lei princípios reguladores, como a Lei nº 10. 639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece nas diretrizes e bases da educação nacional, a inclusão no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática nacional - história e cultura afro-brasileira. Para que os alunos conheçam a história da África e a cultura negra brasileira, aumentando o conhecimento e acabar o preconceito e estigma (BRASIL, 2011).

Pensar sobre o ensino religioso nas escolas nos remete à reflexão afrodescendente, porque de acordo com o Ministério da Educação (MEC), na Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9.394/96: “A regulação da decisão compete aos sistemas de ensino (estados e municípios), que definirão os procedimentos para a definição dos conteúdos do ensino religioso e estabelecerão as normas para a habilitação e admissão dos professores”, sendo assim não existe a garantia da diversidade religiosa, que dependerá de questões políticas em um país majoritariamente católico (BRASIL, 1997).

Em se tratando do espaço escolar as reivindicações das manifestações de crenças religiosas marginalizadas, ou não hegemônicas, são evitadas, sendo que esse espaço é considerado uma instituição ‘laica’. Mas a escola expressa valores e crenças hegemônicas, e

assim, perde-se então a dimensão de pluralismo religioso e proteção da diversidade característica fundamental da laicidade. Os valores africanos são vistos nesse ambiente longe de uma identidade, uma cultura, uma religião, é passada como práticas demoníacas, primitivas, sem permitir novas formas de pensar a diáspora negra (NASCIMENTO, 2015).

Para a religião africana não existe dois mundos, as pessoas estão ligadas a tudo que é vivo ou morto, os vínculos se constroem no próprio sentido existencial dos antepassados. O caráter central da oralidade é elemento fundamental, sendo assim a palavra e sua relação com a memória e o modo de como essas relações se dão ao longo do tempo, não estão fora da história. Assim, “a tradição se transmite, constituindo, continuando e mantendo a história, por meio da educação” (NASCIMENTO, 2015, p. 48).

O legado potente e a maneira de enxergar o mundo deixado pelos ancestrais africanos tem em primeiro lugar uma cosmovisão da resistência, da memória, identidade, criatividade e resgate do passado e presente, em segundo lugar o pensamento UBUNTU, a percepção através da experiência humana e conexão com todas as coisas, sempre plural, a ligação com os outros seres humanos, a partilha, são processos formativos e pedagógicos como a fala, troca intersubjetiva, sem competitividade. Sendo assim, a educação é geracional colocando o bem-estar da comunidade em primeiro lugar e as religiões de matrizes africanas legitimam espaços de acolhimento (NASCIMENTO, 2015).

O respeito às várias formas de viver, aprender, ensinar e trilhar caminhos diversos podem evitar conflitos e abrir novo horizonte para pluralidade e conhecimento em relação a espiritualidade, saúde e educação e a possibilidade de uma sociedade que pense a escola como ato social, promovendo esclarecimento e experiências para transformação humana.

2.2 Educação, espiritualidade e saúde

A educação é parte da formação humana pela finalidade explícita de gerar acréscimo em todas as dimensões e áreas do humano que necessitam se dilata em suas potencialidades e capacidades, “por meio de aspectos mentais, emocionais, corporais, atitudinais, relacionais e transcendentais do ser humano”, para o autor a espiritualidade faz parte das relações humanas totalmente imbricadas com o processo de formação do Ser, estando compreendido como um Ser espiritual que tem valores humanos como a solidariedade, a compaixão, a igualdade, a paz, o amor e o altruísmo. A espiritualidade quão um acolhimento ao que transcende a própria mente e os valores reconhecidos no ser humano entendendo-se assim o que é uma tarefa formativa educacional (POLICARPO JÚNIOR, 2017).

Instituem-se formas individuais de relacionamentos e vivências no desenvolvimento humano, na sociedade capitalista comandada por posses e bens materiais e naturais que provoca a divisão de classes sociais, exercendo comando de uma pessoa a outra e domínio de nações inteiras e o trabalho alienado que vem sendo uma das formas privativas do capital. Então é emergente interrogar sobre a função da educação escolar e a que compete. A diversidade de réplicas sobre o assunto versa perspectivas desde as teorias progressistas ao rompimento da organização social na busca pela formação humana transformadora capaz de trazer mudanças a realidade psicossocial e socioeconômica (HAMMEL; BORGES, 2012).

A educação como formação humana deve ser vista através de aspectos emocionais e relacionais e por isso a retomada de estudos da espiritualidade no XXI, os aspectos da razão e corporalidade. As emoções do ser humano são uma herança ancestral que perdura até hoje (POLICARPO JÚNIOR, 2017). Logicamente numa educação como a das escolas brasileiras sistematizadas por conteúdos de interesses políticos e econômicos para se inserir a espiritualidade demanda um caráter prático muito mais que teórico para que as diferenças sejam respeitadas a partir dos conhecimentos construídos.

Para Nascimento (2015, p. 01) “a escola é um microcosmo, um universo em miniatura, denota a ideia de que tudo que há no mundo, há no espaço escolar”, sendo assim, a questão da saúde está diretamente ligada a aprendizagem como relação das potencialidades dessa realidade empírica que perfaz o espaço escolar, a partir do pluralismo religioso, estados de saúde e criação de resistência que podem gerar adoecimentos e cura.

Apesar das diversas formas de violência sofridas na sociedade brasileira, as religiões de matrizes africanas cooperam e fornecem um conjunto de relações sociais como

herança cultural e religiosa. Nascimento (2015) nos é fala de uma continuação dos que vieram para esta terra e que são formas particulares na condição de escravizadas/os.

A construção histórica e coletiva da humanidade tem um determinado tempo e convívio social em que as características humanas do ser são apresentadas na vinculação formativa de competências elucidadas por interesses de classes que empobrecem a capacidade humana. Limitando-se a escolarização e trabalhos profissionais disciplinados (MARTINS, 2004). “A efetiva riqueza espiritual do indivíduo depende inteiramente da riqueza de suas relações reais” (MARX; ENGELS, 2007, p. 41).

Luiza Branco (2010) remete a educação como um construto historicamente complexo e com percalços idealitários e políticos. As experiências humanas são primordiais para se alcançar a democracia de fato. Existem ainda realidades distantes de algumas teorias democráticas muitas vezes entendida como fim e não como meio, ou seja, não é apenas uma experiência por si só que determina essa teoria na atual sociedade e a educação progressiva do século XX, mas a qualidade da experiência que resultará no desenvolvimento humano juntando questões orgânicas, pessoais e a educação com o intuito de aprendizagem, sendo que o poder de crescer de acordo com Gramsci está na imaturidade, ou seja, existem experiências educativas quando existe a probabilidade de crescimento, aprendizagem mediante processos biológicos e ambientais e experiências deseducativas quando não se dá continuidade ao processo de aprender.

Determinadas escolas possuem metodologias contrárias conservar-se na percepção de que o aluno é um mero reproduzidor, sem oportunizar que as ideias debatidas resultem em mudanças diárias de posturas e comportamentos educacionais. Embora as tecnologias da informação e seus avanços nas ciências, estudar a educação, a espiritualidade e o currículo ainda estão no âmbito de propostas de formação (ROSSI, 1980 apud OLIVEIRA; SÜSSEKIND, 2016).

A consciência espiritual na educação interdisciplinar dá voz aos professores e assim os mesmos também buscam se conhecer e ensinarem com prazer, para esse autor, saber a interdisciplinaridade está no porque dos objetivos que permeiam a educação através da espiritualidade. Essa consciência faz com que cada ser se conheça e almeje um bem comum para transformar a sociedade como diz Frankl (1987) resgatando a tradição e a religiosidade com responsabilidade e liberdade, resgatando valores e buscando um sentido para vida (FAZENDA, 2011).

Neste sentido Marx (1989) relata que é superando os limites e as necessidades que a transformação social vai acontecer como qualidade para a capacidade de eterno vir a ser. A observação dos instrumentos e processo da afinidade com a natureza faz a transformação educacional no capitalismo, ao modificar a própria condição. A educação formal acaba sendo um desses instrumentos de manutenção da relação capitalista como uma opção que restringe conhecimentos particulares e esferas coloquiais.

Então a educação como forma de aprender conhecimentos, mediada por atores de uma cultura construída socialmente mostra que elementos como ambiente, saúde e condições sociais estão como fatores principais (PAIVA; ZANGARI, 2004).

O assunto espiritualidade, educação e currículo não esgotam, os estudos mostram inúmeras possibilidades, no momento versaremos sobre concepções educacionais e espirituais do mundo africano e o Bem-estar espiritual (BEE). Em que “o mundo visível manifesta um mundo invisível. Compreendido como uma rede de conexão, imensa teia em que não se pode tocar o menor elemento sem fazer vibrar o conjunto, tudo está ligado a tudo, solidária cada parte como o todo”. Assim, a educação africana tem valores diferentes dos saberes tradicionais ocidentais, os saberes são passados de geração a geração, ciclicamente transformando-se no portal da morte e alcançando a ancestralidade, ou seja, os mais novos respeitam os saberes e respeitam a hierarquia dos mais velhos, como superiores que obtém experiência e sabedoria, “princípio da senioridade”. E o passado tem uma grande importância no aprendizado humano. “O sagrado permeia todos os setores da vida sendo impossível distinguir estanque o espiritual do material na vida cotidiana” (RIBEIRO, 1996, p.182-183).

Vieira (2010, p.1) nos remete a evidência clara “foco da força transformadora da afetividade e do respeito mútuo, pérolas que devem entrelaçar as relações entre formador e formando, educador e educando, indivíduo e grupo, demandando mais posturas didáticas do que aulas, exercícios e atividades e provas”. Neste sentido “a práxis pedagógica precisa ter significado de tudo o que falamos com o que propagamos numa pedagogia do amor”, que abre espaços para empatia, para a diversidade étnica, racial, religiosa e social, assegurando o respeito e convivências diferentes. Entendendo que trazer a espiritualidade para educação, não é remeter ao currículo ensinos religiosos.

A relação de espiritualidade e saúde na educação ainda não é um consenso na comunidade científica com discursões metodológicas em estudo. Mas que deve se ressaltar “o olhar profissional que respeita a condição de ser humano do ponto de vista integral sendo cientificamente terapêutico, por influir as etapas do processo de cuidar”, aumentando assim as concepções de mundo e a importância do bem-estar das pessoas. No Brasil especificamente

tem se tornado aspecto fundamental tratar a saúde de forma integral nas faculdades de medicina na dimensão biopsicossocialespiritual, caracterizando os traços culturais e a intrincada forma social (DAL-FARRA; GEREMIA, 2010, p. 593).

A educação não-formal designa um processo com várias dimensões tais como: a aprendizagem política dos direitos dos indivíduos enquanto cidadãos; a capacitação dos indivíduos para o trabalho, por meio da aprendizagem de habilidades e/ou desenvolvimento de potencialidades; a aprendizagem e exercício de práticas que capacitam os indivíduos a se organizarem com objetivos comunitários, voltadas para a solução de problemas coletivos cotidianos; a aprendizagem de conteúdos que possibilitem aos indivíduos fazerem uma leitura do mundo do ponto de vista de compreensão do que se passa ao seu redor; a educação desenvolvida na mídia e pela mídia, em especial a eletrônica etc. (GOHN, 2006, p.2).

Portanto para o autor acima citado em se tratando de educação a comparação é inevitável, tanto em termos de épocas como de ser uma educação formal ou não formal, sendo importante diferenciar conceitos e campos de atuação. No caso da educação formal institucionalizada, realizada e ampliada nas escolas, com conteúdo demarcados previamente planejados, e a educação não formal ou informal sem muito planejamento, em que as experiências do sujeito o habilitam para sociabilização diante de determinada cultura, valores que vem da família, comunidade, pessoas aos quais convive, compartilhamento de conhecimentos na vida diária, uma visão de mundo.

A construção do saber nesses dois tipos de educação é bem distinta, sendo que na primeira existe um direcionador, o professor a escola e no segundo informal existe pessoas que interagem não determinadas, podendo ser pais, famílias, amigos, mas que desenvolve uma aprendizagem diante dos processos educativos, no caso dos terreiros esse conhecimento informal é passado de geração a geração, sendo que o território e práticas vão se atualizando sem perder a essência. A lei de uma educação formal é constituída de diretrizes nacionais e na educação informal os espaços educativos demarcados por referências de nacionalidade, localidade, idade, sexo, religião, etnia etc. A casa onde se mora, a rua, o bairro, o condomínio, o clube que se frequenta, a igreja ou o local de culto a que se vincula sua crença religiosa, o local onde se nasceu, etc., sem padrões e regras. Analisar o contexto desses dois tipos de educação faz toda a diferença, para que é quem educa? As circunstâncias históricas de cada uma delas, a intencionalidade, ação, transmissão dos saberes e relações sociais (GOHN, 2006).

Então é importante perceber que existem diversas formas de analisara a educação e não se pode omitir a educação informal como maneira de ensinar e aprender, sobre um

aspecto cultural, e histórico na perspectiva das religiões que são embasadas pela ancestralidade e cultura geracional.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa em questão é parte integrante do projeto intitulado “Nível de bem-estar espiritual relacionado à religião, condição crônica de saúde e características socioeconômicas”.

Realizou-se um estudo transversal de natureza quantitativa. Os estudos transversais apresentam como característica principal o exame de suas variáveis de determinada população ou fenômeno em uma única ocasião, sendo úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição (NEWMAN et al., 2008). Ao tempo que a natureza quantitativa permitiu a classificação e avaliação de variáveis quantificáveis com uso de técnicas estatísticas (PRADONOV; FREITAS, 2013).

O limite do estudo transversal localiza-se na possibilidade de não mostrar a relação temporal entre os atributos avaliados, pois são medidos em um mesmo ponto do tempo.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado em Juazeiro do Norte, cidade localizada no sul do estado do Ceará, região do Cariri, distante, aproximadamente, 514 Km da capital, Fortaleza. Possuía uma população no último censo de 2010 de 249.939 habitantes e uma área territorial de, aproximadamente, 248,832 km². Esgotamento sanitário adequado em 47,2% das casas, 89,6 % de arborização de vias públicas e 11,6% de urbanização de vias públicas (IBGE, 2014).

A maior parte da população de Juazeiro do Norte é adepta à religião católica, em segundo lugar a religião evangélica e terceiro lugar a espírita. Não há registro censitário de adeptos de religiões de matrizes africanas e ainda não se tem uma previsão para esses dados na região citada segundo o IBGE (2014).

3.3 População, amostra e amostragem

Fizeram parte da população todas as pessoas adeptas aos cultos da umbanda e candomblé do município de Juazeiro do Norte-CE. A proporção de adeptos da umbanda e candomblé no Brasil era de 0,3%, da população nacional (IBGE, 2012), portanto, considerando essa proporção, estimou-se que em Juazeiro do Norte existiam 750 pessoas adeptas dessas religiões.

Para o cálculo amostral utilizou-se a fórmula para população finita (MIOT, 2011).

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot (E)^2 + p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

Onde n: tamanho da amostra; N: Tamanho da população (750); p: proporção dos resultados favoráveis da variável na população (50%); q: proporção dos resultados desfavoráveis na população (50%); Z_{α} : valor crítico para o grau de confiança desejado 1,96 (95%); E: erro padrão (5%). Assim, a amostra do estudo seria de 254 pessoas adeptas de religiões de matrizes africanas, mas foram aplicados questionários a 263 pessoas dos terreiros de umbanda e candomblé, que foram selecionadas de forma sequencial e/ou consecutiva, que consiste em recrutar todas as pessoas acessíveis no período de tempo determinado no estudo de forma contínua (HULLEY et al., 2008).

Como critérios de inclusão, foram eleitas todas as pessoas que se identificam como adeptas à umbanda e ao candomblé. Entretanto, utilizou-se como critérios de exclusão, as pessoas adeptas menores de 18 anos de idade e que apresentassem alguma deficiência auditiva ou da fala que impossibilitasse responder as perguntas da pesquisa e faltando dados. Foram excluídos seis questionários que se encontravam incompletos e com idade inferior aos 18 anos, o que totalizou uma amostra de 257 pessoas.

3.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se em agosto de 2018 e foi finalizada em maio de 2019. Para tal, foram realizadas visitas aos “terreiros” de umbanda e candomblé do município e os participantes foram abordados antes ou após a realização dos cultos. As entrevistas foram realizadas de forma individual e em local reservado, ocasião na qual se aplicou os instrumentos de coleta de dados.

No campo de pesquisa existiu dificuldades sobre a localização e acesso aos terreiros no qual somente eram possíveis visitas com indicação de outros terreiros e pais e mães de Santo e sacerdotes. Muitas vezes encontravam-se fechados e os endereços não condiziam com o indicado ou geograficamente não localizados. Foram visitados aproximadamente 38 terreiros, e excluindo três que se encontravam fechados. Dos 35 apenas três não tiveram uma boa receptividade e alguns não se interessavam pela pesquisa da área acadêmica. Mas a muitos tiveram uma boa acolhida.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais, utilizando-se os seguintes instrumentos: (1) Formulário de dados sociodemográficos (APÊNDICE A); (2) *Spiritual Health and Life-Orientation Measure* – SHALOM (APÊNDICE B); (3) Escala de necessidades espirituais e satisfação com a vida (APÊNDICE C); (4) Inventário breve de sintomas (APÊNDICE D); (5) e para os participantes que possuem alguma doença crônica, foi aplicado o Item de adesão ao regime terapêutico (APÊNDICE E).

Para a escolha da ocupação e profissão propostas no questionário como uma questão aberta, delimitou-se segundo o IBGE a divisão da população para idade, e a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e a também a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para classificar as profissões e definir como: outros, as opções que não se enquadram nas respostas estruturadas do questionário.

Segundo o IBGE, a população é dividida em grupos etários de 0 a 13 anos, 14 a 17 anos, 18 a 24 anos, 25 a 39 anos, 40 a 59 anos e acima de 60 anos (SIDRA, 2012-2019). Nessa pesquisa os menores de 18 anos foram critério de exclusão.

As opções que responderam outros são para os indivíduos que não se alfabetizaram, ou não concluíram os estudos tanto fundamental incompleto como superior incompleto, e que não se encaixam nas opções sugeridas, ou fogem dos grupos de ocupações das profissões.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é um documento que retrata a realidade das profissões do mercado de trabalho brasileiro. Foi instituída, com base legal na Portaria nº 397, de 10.10.2002. A CBO acompanha o dinamismo das ocupações e profissões regulamentadas por leis ou conselhos, mas não tem habilitação para regulamentar, apenas descrever e fiscalizar (BRASIL, 2016, p.1).

A categoria profissional diferenciada, conforme preceitua o artigo 511 da Consolidação das Leis trabalhistas (CLT) é aquela formada por empregados que exerçam profissões ou funções diferenciadas por força de estatutos profissionais especiais ou, em consequência de condições de vida singulares. Sendo assim, para estas funções ou categorias

existem regulamentações e normas específicas, ou seja, diferentes dos demais empregados da mesma empresa. Devido a estas diferenças, lhes é facultado celebrar convenções ou acordos coletivos próprios, diferente dos previstos para a categoria preponderante da empresa, a qual é aplicada como regra geral.

Portanto, para caracterização da saúde entender o que são doenças crônicas se faz pertinente. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2019), doença crônica é a que persiste por períodos superiores há seis meses e não se resolve em um curto espaço de tempo. Acompanham o indivíduo durante um tempo relativo da sua vida e, em muitos casos existe apenas tratamento e não cura, tornando-se assim um agravante no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil. Este fenômeno, denominado “transição epidemiológica”, ocorre devido à mudança do padrão de mortalidade que afeta a população. Algumas delas são: as doenças cardiovasculares, o câncer, o Diabetes Mellitus, e as Doenças Respiratórias Crônicas, doença de Alzheimer, hipertensão, asma, AIDS, doenças autoimunes etc.

3.4.1 Formulário de dados sociodemográfico

Continham 17 itens subdivididos em dados de identificação, estado de saúde/doença atual, atividades e estilo de vida e autocuidado.

3.4.2 Escala de Bem-Estar Espiritual – *Spiritual Health and Life-Orientation Measure* (SHALOM)

O SHALOM era composto por 20 itens que são agrupados em quatro dimensões: pessoal, comunitária, ambiental e transcendental. Apresenta para cada item, duas colunas de resposta. Sendo uma que identifica um ideal de saúde espiritual e outra coluna que identifica como a pessoa se sente em relação a saúde espiritual.

A primeira medida é a Medida de Orientação para Vida aqui designada por Escala de Bem-estar Espiritual Ideal, que avalia o ideal de saúde espiritual e com a qual é possível deprender a importância a que o participante atribui a cada indicador, a cada domínio em termos de valores, de ideal ou meta.

A segunda medida é a Medida de Saúde Espiritual aqui designada por Escala de Bem-estar Espiritual Atual que avalia o estado de saúde espiritual atual e com a qual depreendemos a experiência reportada pelo participante a cada indicador e a cada domínio em termos de conquistas, de atitudes no âmbito real.

A terceira medida é o Bem-Estar Espiritual (BEE) que advém do grau de discrepância entre as duas medidas anteriores em uma comparação intra-individual. A terceira medida avalia o quanto a experiência de cada sujeito difere em relação ao seu ideal permitindo perceber o quanto o sujeito cumpre os valores que tem acerca do seu desenvolvimento espiritual.

A cotação da dissonância/congruência pode ser divididas em nível global (com as médias globais das duas escalas) ou divididas por dimensões (com as médias de cada dimensão nas duas escalas). Esses valores são convertidos em categorias: “Harmonia espiritual” (<1) e “Dissonância espiritual” (≥ 1) (MANGIA, 2015).

Divididas em quatro (4) categorias de Bem-Estar Espiritual (BEE) representando bloco de itens ou questões que são: nível pessoal itens (5, 9, 14, 16 e 18); nível comunitário itens (1,3,8,17 e 19); nível ambiental itens (4, 7, 10, 12, 20) e nível transcendental itens (2, 6, 11, 13, 15, 20a e 20b).

3.4.3 Escala de necessidade espirituais e satisfação com a vida

A escala de necessidade espirituais e satisfação com a vida era composta por 22 questões, subdivididas em quatro dimensões: intrínseca, social, externa e perspectiva.

É um instrumento constituído por cinco itens tipificados em uma escala tipo *Likert* de concordância de sete pontos (muito insatisfeito a muito satisfeito).

A pontuação total variava de 0 a 120 pontos. O somatório total da escala foi transformado em percentual, tendo como referência o valor total de 120, que equivale a 100%. Escores maiores que 50% indicam alta satisfação com a vida e escores menores que 50% indicam baixa satisfação (BÜSSING et al., 2009).

3.4.4 Inventário breve de sintomas (BSI)

O inventário breve de sintomas é uma versão abreviada do SCL-90 de Derogatis (1977), validado inicialmente para uso em adultos, embora também possam ser aplicados a adolescentes desde que respeite os requisitos da presença de um técnico durante a administração (CARVARRO, 1999).

O inventário breve de sintomas também é uma escala tipo *Likert* de concordância de cinco pontos (de nunca a muitíssimas vezes), de autorresposta em que os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afetou durante a última semana.

Objetiva avaliar os sintomas psicopatológicos, a presença e intensidade em termos de nove dimensões de sintomatologia (somatização; comportamento obsessivo-compulsão; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide; psicoticismo) e três índices globais que avalia sumariamente a perturbação emocional (Índice Geral de Sintomas – IGS; Total de Sintomas Positivos – TSP; e Índice de Sintomas Positivos).

Os estudos relatam um bom resultado desse instrumento na versão Portuguesa, através da análise de aspectos da consistência interna, nomeadamente do comportamento dos itens na escala a que pertencem e dos índices globais de fiabilidade das escalas, com valores de alfa que variam de 0.71 (Psicotismo) e 0,85 (Depressão). Com um indicador de consistência subjacente tanto na população geral como na população clínica do ponto de vista conceptual. (CANAVARRO; NAZARÉ; PEREIRA, 2017).

Esses domínios possuem 53 perguntas que correspondem a uma dimensão básica de psico-sintomatologia. Os itens que constituem as nove dimensões avaliados pelo instrumento são juntas, importantes elementos de psicopatologias (AZEVEDO, 2010).

Sendo assim é importante saber o que significa cada um dos nove sintomas.

Quadro 1 – Descrição das dimensões dos sintomas psicopatológicos avaliados pelo Inventário breve de sintomas: *Brief Symptom Inventory* (BSI).

Dimensões		Mín	Máx
Somatização	Dimensão que reflete trata-se de um processo pelo qual distúrbios de origem psíquica, emocional traduzem-se em mal-estar, com ou sem causa orgânica definida. Os dez problemas mais relatados pelos somatizadores são: dor no peito, fadiga, tontura, dor de cabeça, inchaço, dor nas costas, falta de ar, insônia, dor abdominal e torpor.	0	28
Comportamentos obsessivo-compulsivos	Obsessões: são pensamentos impróprios ou desagradáveis, recorrentes e persistentes, que surgem de forma indesejada, causando ansiedade e sofrimento, como por exemplo, sobre doenças, acidentes ou perda de pessoas queridas; Compulsões: são comportamentos ou atos mentais repetitivos, como lavar as mãos, organizar objetos, verificar fechaduras, orar ou contar, que não conseguem ser evitados, pois além de ser uma forma de reduzir a ansiedade, a pessoa acredita que algo ruim pode acontecer se não fizer. Essa dimensão inclui as cognições e impulsos. Quanto se caracteriza pela presença dos dois tipos de comportamento se torna um transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) uma doença mental.	0	24

Sensibilidade interpessoal	Referente aos sentimentos que a pessoa experiência no contexto das relações interpessoais, como o sentimento de inferioridade, inadequação, desconforto e autodepreciação.	0	16
Depressão	A <u>depressão</u> (CID 10 - F33) é um distúrbio que gera uma tristeza profunda, perda de interesse generalizado, falta de ânimo, de apetite, ausência de prazer e oscilações de humor que podem acabar em pensamentos suicidas. Representados por manifestações de humor depressivo, afeto e humor disfórico, perda de interesse e de motivação nas atividades.	0	24
Ansiedade	Que sentem uma preocupação e medo extremos em situações simples da rotina, além de alguns sintomas físicos, o que atrapalha suas atividades cotidianas, já que eles são difíceis de controlar. Representa sintomas como tensão, pânico, apreensão ansiosa assim como componentes cognitivas e somáticas da ansiedade. O tempo prolongado de ansiedade (a chamada ansiedade crônica) aumenta o nível de tensão e o estresse interno.	0	24
Hostilidade	Referente a pensamentos, emoções e comportamentos relacionados com o afeto e cólera.	0	20
Ansiedade fóbica	Relaciona-se com o medo persistente e irracional face a um estímulo, despoletando evitamento do mesmo. A fobia é um medo persistente e irracional de um determinado objeto, animal, atividade ou situação que represente pouco ou nenhum perigo real, mas que, mesmo assim, provoca ansiedade extrema. A fobia não segue uma lógica propriamente dita, e a ansiedade nesses casos é incoerente com o perigo real que aquilo representa.	0	20
Ideação paranoide	Relacionado com a suspeição, hostilidade, egocentrismo e delírios.	0	20
Psicoticismo	Referente ao isolamento interpessoal, alucinações e controlo do pensamento.	0	20

Fonte: (AIRES, 2019; CANAVARRO; NAZARÉ; PEREIRA, 2017).

Cada resposta ao item recebe uma pontuação que varia de zero, para a concordância nunca, a quatro, para a concordância muitíssimas vezes. A soma obtida deverá ser dividida pelo número de itens pertencentes à dimensão respectiva. Para obter as pontuações para as nove subescalas deverão somar-se os valores (0-4) obtidos nos itens que compõem cada uma delas (Somatização 2, 7, 23, 29, 30, 33, e 37; Comportamentos obsessivo-compulsivos 5, 15, 26, 27, 32, e 36; Sensibilidade interpessoal 20, 21, 22, e 42; Depressão: itens 9, 16, 17, 18, 35, e 50; Ansiedade 1, 12, 19, 38, 45, e 49; Hostilidade 6, 13,

40, 41, e 46; Ansiedade fóbica 8, 28, 31, 43, e 47; Ideação paranoide 4, 10, 24, 48, e 51; Psicoticismo 3, 14, 34, 44, e 53).

O cálculo do IGG é obtido mediante o somatório de todos os itens do BSI-53, em caso de não resposta aos itens (*missings*), é possível aceitar um protocolo desde que os *missings* não ultrapassem os seis, no total, e que não haja mais de dois *missings* em cada subescala. Para estimar o valor dos *missings*, deve calcular-se a média do valor dos itens respondidos e arredondar-se. As pontuações brutas ou originais (os resultados obtidos no BSI-53) devem ser convertidas em resultados T (CANAVARRO; NAZARÉ; PEREIRA, 2017).

O cálculo dos três Índices Globais deverá ser realizado da seguinte forma (EIRAS, 2011):

- Índice Geral de Sintomas (deverão somar-se as pontuações de todos os itens, e em seguida, dividir pelo número total de respostas);
- Total de Sintomas Positivos (obtem-se contando o número de itens assinalados com uma resposta positiva) e
- Índice de Sintomas Positivos (calcula-se dividindo o somatório de todos os itens pelo Total de Sintomas Positivos).

O intuito do instrumento não é fazer uma avaliação diagnóstica clínica, mas verificar um conjunto de elementos psicopatológicos nas nove dimensões apresentadas constatando que os indivíduos emocionalmente perturbados revelam escores mais elevados nas escalas e índices globais, sendo assim, quanto mais alto o escore mais possibilidade de psicopatologia.

De acordo com a literatura de Canavarro, Nazaré e Pereira (2017) a população portuguesa tem como referência para Índice Geral de Sintomas (IGS) 0,83+/-0,48; para Total de Sintomas Positivos (TSP) 26,00+/-11,72; e para Índice de Sintomas Positivos (ISP) 1,56+/-0,38. Então para os indivíduos perturbados emocionalmente o IGS 1,403; o TSP 37,349 e o ISP 2,111. O índice Geral de Sintomas (ÍGS) fornece a medida média de estresse atual apresentado pelo sujeito nas nove dimensões (DEROGATIS, 1983 apud ROCHA, 2018, p. 68).

3.4.5 Item de adesão ao regime terapêutico

O item de adesão ao regime terapêutico avalia aspectos relacionados ao tratamento medicamentoso de pessoas com doença crônica. Ela será determinada por meio da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens.

Cada item mensura um comportamento aderente específico com sete perguntas que devem ser respondidas negativamente e apenas uma, positivamente, sendo a última

questão respondida segundo uma escala de cinco opções: nunca/raramente, poucas vezes, algumas vezes, habitualmente e sempre.

Cada resposta negativa e a resposta afirmativa do item 5 corresponde a um ponto. O grau de adesão terapêutica será determinado da seguinte forma: alta adesão (≥ 8 pontos), média adesão ($6 < 8$ pontos) e baixa adesão (< 6 pontos). Serão considerados aderentes as pontuações maiores ou igual a oito (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

3.5 Organização, apresentação e análise dos dados

A organização dos dados empíricos foi realizada utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Versão ???), por meio da estatística descritiva frequencial, medidas de tendência central (valores máximos e mínimos, média), e dispersão, desvio padrão, associado de variáveis pela estatística inferencial que foram apresentados em forma de tabelas com auxílio do *software Microsoft Office Excell* e o *Microsoft Office Word* versão 2010.

A análise bivariada foi realizada por meio da correlação de Pearson entre a variável independente (sintomas psicopatológicos) e variável dependente (satisfação com a vida). Foi considerado como nível de significância estatística valores de $p < 0,05$ (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2006).

A discussão dos resultados encontrados foi realizada à luz da literatura de forma analítica e interpretativa.

3.6 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa foram seguidos os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Essa investigação implicou, em novas atitudes aprofundando a vivência e a experiência de vida em lugares com complexos saberes, exigindo habilidades emocionais, racionais e éticas. Respeitando a privacidade, princípios éticos, atendendo à instância desejada, bem-estar, segurança física, emocional e social dos sujeitos da amostra.

Baseando-se de que toda averiguação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas particularidades que lhes são intrínsecas e devem garantir proteção enquanto ser humano, não ultrapassando o limite do Ser (MARTINS, 2008; FORTIN, 1999).

O presente estudo integra um projeto de investigação mais amplo, sendo enquadrado no Brasil e em Portugal, utilizando-se de instrumentos traduzidos para Brasil, mais ainda em processo de validação como o caso do BSI, sendo utilizado por acreditar que os resultados contribuiriam para investigações futuras de validação.

Configurando altos níveis de exigência responsabilidade éticas, os participantes da pesquisa emitiram anuência em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F). Informados de todos os procedimentos da pesquisa, assegurada de forma individual a garantia do sigilo e os direitos mencionados. Esclarecendo os riscos mínimos, benefícios do estudo e livre escolha para participar ou recusar a participação na pesquisa, com garantia total do anonimato.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA) sendo aprovado pelo parecer de número 2.776.401 e número do certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) de 90291618.6.0000.5055 (ANEXO A).

4 RESULTADOS

Para melhor compreensão e alcance dos objetivos apresentar-se-á a caracterização sociodemográfica: perfil sociodemográfico, perfil de saúde e de estilo de vida dos adeptos de religiões de matrizes africanas; foi analisado o nível de bem-estar espiritual; as necessidades espirituais e satisfação com a vida, sintomas psicopatológicos, adesão ao regime terapêutico e por fim a correlação satisfação e sintomas psicopatológicos.

4.1 Perfil sociodemográfico

Os dados relativos ao perfil sociodemográfico são caracterizados por idade, gênero, estado civil, escolaridade, emprego, ocupação, renda e religiosidade estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos adeptos de religiões de matrizes africanas. Juazeiro do Norte-CE, 2019 (n=257).

Variável	N	%
Idade		
18 a 24	105	40,86
25 a 39	83	32,30
40 a 59	55	21,40
Acima de 60	13	5,06
Sem relato de idade	01	0,38
Gênero		
Feminino	128	49,8
Masculino	129	50,2
Estado Civil		
Solteiro (a)	171	66,5
União civil casado (a)	57	22,2
Viúvo (a)	12	4,7
Divorciado (a)	17	6,6
Escolaridade		
Ensino Fundamental	38	14,8
Ensino médio	63	24,5
Ensino Superior	42	16,3
Outros	114	44,4
Emprego		
Empregado	91	35,4
Desempregado	122	47,5
Aposentado por idade	09	3,5
Aposentado por invalidez	03	1,2
Outros	32	12,5
Ocupação		
Profissão regulamentadas (CBO) ²	42	16,8
Profissões Diferenciadas (CLT) ³	31	12,4
Profissões religiosas	09	3,8

Outros	99	37,4
Nenhum	01	0,4
Indiferenciado	75	29,2
Renda		
Trabalho	195	75,9
Independe do trabalho	33	12,8
Salário mínimo	02	0,8
Outros subsídios	03	1,2
Aposentadoria	06	2,3
Remuneração ocasional	01	0,4
Outros	14	5,4
Religiosidade		
Não se consideram religiosas	18	07
Consideram-se religiosas, mas não muito	54	21
Consideram-se uma pessoa religiosa	185	72

Fonte: Elaborada pela autora.

A caracterização sociodemográfica apontou que o perfil dos adeptos de religiões de Matrizes Africanas configurou-se por adultos jovens, a maioria de idade entre 18 e 24 anos, sendo esses de idade mínima 18anos e máxima de 81anos.Em sua maioria do sexo masculino, unanimemente de nacionalidade brasileira, cujo estado civil teve predominância dos solteiros, em sua maioria de escolaridade formal incompleta (graduações, ensino fundamental, ensino médio, ou sem escolaridade); apresentaram predominância de desempregados ou com ocupações não regulamentadas e não diferenciadas, de renda dependente de outras pessoas ou terceiros, os adeptos consideram-se pessoas muito religiosas.

Na pesquisa constatou-se que 15 profissões faziam parte deste grupo de profissões regulamentadas: agente administrativo, advogado, artista, assistente social, contador, diarista/doméstica, enfermagem, engenheira, educador físico, ator, funcionária pública, psicóloga, professores (várias modalidades de ensino fundamental a superior), secretária, técnico de enfermagem.

Nesse trabalho verificou-se que das profissões descritas pelos indivíduos da pesquisa 21 profissões são diferenciadas. Sendo elas: artesão, assistente de vendas, atendente, auxiliares administrativos, auxiliares enfermagem, auxiliares escritório, comerciante, coord.de logística, confecção de calçados, designer, digitador, empacotador, Instalador de telecomunicações, marceneiro, massoterapeuta, pintor, promotor de vendas, serigrafista, supervisor de atendimento, suporte a sistemas, vendedor.

Na opção outros, acima como não enquadradas no CBO ou CLT como diferenciadas, verificou-se 43 profissões seguintes: açougueiro, agricultor, autônoma, autônoma, babá, balconista, cabeleireiro, coveiro, cozinheira, cuidador de idoso, construção

civil, decorador, depilador, eletricista, esteticista, estilista, empresária, estudante, fotografia, do lar, garçom, gesseiro, montador, pedreiro, pensionista, pesquisador, pintor residencial, porteiro, recepcionista, representante, segurança, servente, serviços gerais, tapeceiro, vigia; sendo 07 de cunho religioso: Babalorixá, cambone, zelador de orixá, sacerdotisa, terreiro, mãe de santo, líder religioso. 100% das pessoas que participaram da pesquisa são de religiões de matrizes africanas.

Na Tabela 2 a caracterização em relação à saúde permitiu identificar se os adeptos de candomblé e umbanda possuem problemas de saúde, e se recorrem ao acompanhamento clínico, e a periodicidade que esses são acompanhados.

Tabela 2 – Perfil de Saúde. Juazeiro do Norte-CE, 2019 (n=257).

Variável	N	%
Possui algum Problema de saúde/ Doença Crônica		
Não	92	35,8
Sim	165	64,2
Recorrem a serviços de saúde para acompanhamento clínico		
Não recorrem	146	56,8
Recorrem	89	34,6
Não responderam	22	8,6
Periodicidade que fazem acompanhamento		
Uma vez por ano	40	44,94
Duas vezes ao ano	15	16,85
Mensalmente	34	13,23
Semanalmente	07	2,72

Fonte: Elaborada pela autora.

As pessoas declararam que tinham problemas de saúde, que não recorrem a acompanhamentos clínicos, e que recorrem a serviços de saúde uma vez por ano. Os participantes referiram que tinham as seguintes doenças crônicas (DC): asma, cálculo renal, doença digestiva, hipotireoidismo, HIV/AIDS, retenção de líquidos, Sífilis, tuberculose óssea e pneumonia, cardiovasculares, coluna, coluna e bursite, depressão, diabetes, oncológica, endometriose.

Somente 72 (46,75%) disseram o tempo que tinham diagnóstico de doenças crônicas, que variou de seis meses a 43 anos. Sendo que não tomam medicação rotineiramente 169 (65,8%). Dentre as medicações utilizadas preponderaram os hipoglicemiantes, anti-hipertensivos, psicotrópicos, antialérgicos, ferro e medicação para sistema respiratório.

A Tabela 3 aponta a caracterização do estilo de vida, hábitos como: fumar, ingerir álcool, fazer atividades recreativas, exercícios físicos, ter ou não necessidade do autocuidado e necessidades médicas.

Tabela 3 – Perfil do estilo de vida. Juazeiro do Norte-CE, 2019 (n=257).

Variável	N	%
Tabaco ou Fumo		
Não usam	157	61,1
Usam	99	38,5
Não respondeu	01	0,4
Álcool		
Não consomem	131	51,0
Consumem	126	49,0
Não respondeu	01	0,4
Atividades recreativas (AR)		
Não fazem atividades AR	150	58,4
Fazem atividades AR	106	41,2
Não respondeu	01	0,4
Atividades Físicas (AF)		
Não fazem AF	144	56,0
Fazem AF	105	40,9
Não respondeu	08	3,1
Dependência no autocuidado		
Dependem de outras pessoas	50	19,5
Não dependem	205	79,8
Não respondeu	02	0,7
Necessitam Serviços de saúde		
Médicos	12	4,7
Médicos e enfermeiros	08	3,1
Outro	02	0,77
Não se aplica	235	91,43

Fonte: Elaborada pela autora.

A predominância foi o não uso de tabaco ou fumo; a maioria não consome álcool; não realizam atividade física e nem recreativas. A maioria também não depende do autocuidado de outras pessoas, e os que necessitam de serviços à saúde procuram o médico. Mesmo a observação não sendo um instrumento de análise de dados escolhido na pesquisa, vale ressaltar que durante algumas entrevistas os adeptos respondiam que não consumiam álcool e em fumo, ao tempo que estavam fazendo uso.

4.2 Nível de bem-estar espiritual (BEE)

A Tabela 4 mostra a saúde espiritual dos adeptos de religiões de Matrizes Africanas através de quatro dimensões. Dimensão pessoal, dimensão comunitária, dimensão ambiental e dimensão transcendental. Os valores de cada dimensão são convertidos em duas categorias: harmonia espiritual para escores (<1) e Dissonância espiritual para escores (≥).

Tabela 4 – Escala de Bem-Estar Espiritual (BEE). Juazeiro do Norte-CE, 2019 (n=257).

Dimensão	Item	Ideal	Real	Cotação	Categoria
Pessoal	Sentimento	4,10	3,78	0,32	Harmonia
	Identidade pessoal				
	Autoconhecimento	3,88	3,50	0,39	Harmonia
	Alegria na vida	4,11	3,81	00,3	Harmonia
	Paz interior	4,10	3,54	0,56	Harmonia
	Um sentido para a vida	4,24	3,89	0,35	Harmonia
Escore Total da dimensão		4,09	3,70	0,39	Harmonia
Comunitária	Afeto pelas outras pessoas	3,73	3,66	0,07	Harmonia
	Generosidade em relação aos outros	4,16	3,77	0,39	Harmonia
	Confiança nas pessoas	3,34	2,83	0,51	Harmonia
	Respeito pelas outras pessoas	4,33	4,07	0,26	Harmonia
	Bondade para com os outros	4,23	3,91	0,32	Harmonia
Escore total da dimensão		3,9	3,6	0,31	Harmonia
Ambiental	Ligação com a natureza	4,10	3,78	0,32	Harmonia
	Espanto e admiração perante a uma paisagem deslumbrante	4,03	3,89	0,14	Harmonia
	Sentimento de união com a natureza	4,21	3,82	0,39	Harmonia
	Relação de harmonia com o ambiente	4,03	3,75	0,28	Harmonia
	Sensação de deslumbramento perante a natureza	4,18	3,98	00,2	Harmonia
Escore total da dimensão		4,11	3,84	0,26	Harmonia
Transcendental	Uma relação individual com Deus ou o Divino	4,28	3,93	0,34	Harmonia
	Admiração e respeito pela criação	4,33	4,08	0,25	Harmonia
	Um sentimento de paz com Deus	4,29	4,06	0,23	
	O sentimento de	4,28	4,05	0,23	Harmonia

união com Deus				
Uma vida de meditação e/ou oração	3,95	3,61	0,34	Harmonia
O quanto a religião é importante na sua vida	4,48	4,19	0,29	Harmonia
O quanto a espiritualidade é importante na sua vida	4,48	4,01	0,47	Harmonia
Escore Total da dimensão	4,29	3,99	0,30	Harmonia

Resultado Geral do Shalom <1 – CONGRUÊNCIA: HARMONIA ESPIRITUAL

Todas as Dimensões

Pessoal	4,09	3,70	0,39	Harmonia
Comunitário	3,9	3,6	0,31	Harmonia
Ambiental	4,11	3,84	0,26	Harmonia
Transcendental	4,29	3,99	0,30	Harmonia
Escores média geral	4,09	3,78	0,31	Harmonia

Fonte: Elaborada pela autora.

Podemos verificar que em todas as dimensões houve Harmonia Espiritual (<1) e não existiu dissonância espiritual (≥ 1) em nenhuma escala dimensional para os participantes da pesquisa. Através das dimensões acima citadas foi mensurado o nível de bem-estar espiritual por meio da cotação dissonância ou harmonia espiritual dos adeptos de religiões de matrizes africanas, resultando na totalidade harmônica da saúde espiritual.

4.3 Necessidades espirituais e satisfação com a vida

Em relação à escala de necessidades espirituais e satisfação com a vida, os adeptos de religiões de matrizes africanas pontuaram um total de 94 pontos, com uma média de pontuação de 4,7 pontos. Essa pontuação produziu um percentual de 78,3% de nível de satisfação com a vida, o que aponta que os adeptos de religiões de matrizes africanas estão satisfeitos.

Nesse resultado mostram-se alguns aspectos que considere relevante citar como a menor média de satisfação com a vida e necessidades espirituais em adeptos com a maior escolaridade (graduação, mestrado e doutorado), em relação à renda a baixa média de satisfação com a vida foi para que ganha um salário mínimo, o presente trabalho apontou ainda uma baixa média baixa para as pessoas não religiosas, confirmando assim os autores

acima citados que a espiritualidade e religiosidade são fatores que aumentam a satisfação e trazem bem estar para as pessoas.

4.4 Sintomas psicopatológicos

Na avaliação de sintomas psicopatológicos, os resultados foram obtidos em relação às nove dimensões (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, Psicotismo) e em relação ao índice Geral de Sintomas (IGS), total de sintomas positivos (TSP), e índice de sintomas positivos (ISP).

Tabela 5 – Sintomas Psicopatológicos. Juazeiro do Norte-CE, 2019 (n=257).

Variável	Média	Erro Desvio
Somatização	2,0038	0,81855
Obsessão-compulsão	2,3120	0,75681
Sensibilidade interpessoal	2,1829	0,81407
Depressão	2,1764	0,84459
Ansiedade	2,1225	0,74125
Hostilidade	2,2763	0,85189
Ansiedade fóbica	1,9992	0,84215
Ideação paranoide	2,4023	0,83675
Psicotismo	2.0482	0,82016
DADOS GERAIS SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS		
BSI-Índice Geral Sintomas (IGS)	2,1676	0,68121
BSI-Total Sintomas Positivos (TSP)	31,3268	13,80621
BSI-Índice Sintomas Positivos (ISP)	4,4777	3,03857

Fonte: Elaborada pela autora.

Resultou-se a maior média 2,40 a ideação paranoide e a menor média 1,99 a ansiedade fóbica. Todos os escores se encontram elevados o que sugere uma maior probabilidade de psicopatologia.

4.5 Adesão ao regime terapêutico

Nessa pesquisa verificou-se que 154 (59,9%) participantes declararam ter alguma doença crônica e que necessitavam frequentemente de cuidados de saúde. Do total, apenas 11 (7,1%) possuíam alta adesão ao tratamento, 12 (7,8%) apresentaram média adesão ao tratamento e, a maioria, 131 (85,1%) tinham baixa adesão ao tratamento. Neste sentido, podemos afirmar que 23 (14,9%) foram considerados aderentes ao regime terapêutico.

4.6 Correlação entre a satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos

A correlação significativa ($p > 0,05$) entre satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6 – Correlação entre satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos. Juazeiro do Norte-CE, 2019 (n=257)

Satisfação com a vida/ Inventário Breve de Sintomas	Teste	P
• Obsessão-compulsão	-,203	,001
• Sensibilidade interpessoal	-,205	,001
• Depressão	-,263	,000
• Hostilidade	-,183	,003
• Psicotismo	-,204	,001
TOTAL		
• Índice Global Sintomas (ÍGS)	-,191	,002
• Total Sintomas Positivos (TSP)	-,291	,000
• Índice Sintomas Positivos (ÍSP)	,210	,001

Fonte: Elaborada pela autora.

A correlação entre a satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos mostrou que a obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade e psicotismo obtiveram correlação fraca negativa. O que significa que há uma relação inversamente proporcional entre a satisfação com a vida e os sintomas psicopatológicos de obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade e psicotismo.

A maior correlação entre a satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos apontou maior significância para a obsessão-compulsão e o menor número de significância para o psicotismo. Encontrando uma única correlação positiva, ou seja, que existe uma proporção e não inversão entre a satisfação com a vida e os sintomas psicopatológicos de obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade e psicotismo.

5 DISCUSSÃO

5.1 Perfil sociodemográfico

5.1.1. Perfil sociodemográfico

A proposta da pesquisa se trata do nível de bem-estar espiritual das religiões afro-brasileiras, e em relação às estatísticas são de números subestimados, devido a circunstâncias históricas nas quais essas religiões surgiram e a luta pela legitimidade até os dias atuais (PRADI, 2004).

Uma das maiores lutas hoje dos movimentos negros se dá através da valorização das religiões de matrizes africanas como uma resistência política e cultural à imposição de um comportamento exclusivamente branco, no qual apenas as crenças e religiões que refletem os padrões normativos desse seguimento da sociedade podem ser aceitos como verdade única. Portanto, consideram que as religiões de matrizes africanas devem ser compreendidas como patrimônio histórico e cultural (BORGES, 2017).

Os dados sobre identidade religiosa dos brasileiros nos últimos censos demográficos revelam que o perfil religioso da nossa população tem se modificado bastante. Estudos que analisam as dimensões sociais desse fenômeno apontam para uma forte relação entre diferentes identidades religiosas e nível de instrução, gênero, idade e regiões geográficas. Entretanto, apontam para o fato de problemas de saúde estarem entre as principais razões e “aflições” que levam as pessoas a procurarem ajuda religiosa (CASTRO, 2019; NUNES; MARIZ, 2016).

A presente pesquisa revelou estratos de uma baixa escolaridade entre os jovens e salários muitos baixos, é interessante se pensar em que nível de educação está falando, portanto existe a educação formal e a informal e todas as duas estão ligadas a saúde, pois o ser humano é integral e sistêmico envolvido em determina herança cultural e comportamental. É necessário “saber estas questões para erradicar a violência simbólica e invocar fraternidade, e que sejam proeminentes da alteridade, tolerando as diferenças erradicando preconceitos, na certeza de um mundo melhor” (OLIVEIRA, 2011 apud TOURRINHO; NETO, 2016 p. 52).

Segundo Souza (1999) a questão da escolaridade permite uma visão das políticas educacionais em idade escolar que necessita de qualidade de ensino brasileiro levando em conta o ponto de vista demográfico, sendo assim, é primordial e necessário à observação do analfabetismo não limitando a cultura da leitura e escrita, mas também das capacidades intelectuais, a considerar aspectos de compreensão dos textos, no analfabetismo funcional a aprendizagem é ineficaz. “o movimento de ampliação do campo de pesquisa para além do

analfabetismo absoluto não deve, no entanto, ser visto como antagônico a sua utilização como indicador” SOUZA (1999, p. 170).

Baseando-se na pesquisa do referido autor acima supracitado no Brasil cerca de 18% da população entre 15 ou mais anos tem uma baixa escolaridade em se tratando de analfabetismo na América Latina em outros países de 6%. Por isso considerando os dados da atual pesquisa dos adeptos de matrizes africanas foi considerado como baixa escolaridade. Já que ultrapassa a média nacional. “A pirâmide etária mostra da população analfabeta mostra que o analfabetismo não está limitada a população idosa ou populações específicas, mas que tem índice elevado entre crianças, jovem e adulto” (SOUZA, 1999, p. 181).

Sabendo-se que o sincretismo vai além da religiosidade, faz parte de uma esfera bem maior: educação e saúde, o autor Morin (2006) nos diz: o ensinamento vai para além de bancos acadêmicos em que problemas sociais, de saúde e educação permeiam uma cultura, um legado, ampliando a prática religiosa.

E na cultura atual, é quase que impossível não se fazer um comparativo entre o que debatemos da educação não formal, com a educação formal é quase que automaticamente (GOHN, 2006).

A princípio podemos demarcar seus campos de desenvolvimento: a educação formal é aquela desenvolvida nas escolas, com conteúdo previamente demarcados; a informal como aquela que os indivíduos aprendem durante seu processo de socialização - na família, bairro, clube, amigos etc., carregada de valores e culturas próprias, de pertencimento e sentimentos herdados: e a educação não-formal é aquela que se aprende "no mundo da vida", via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianas (GOHN, 2006, p.1).

Dados revelam que no Brasil as dificuldades em leitura e a escrita é um problema frequente e o alto índice de analfabetismo no país encontra-se em pessoas que vivem em extrema pobreza que traz uma influência direta na aprendizagem, trazendo a exclusão social. Esses dados não são exclusivos de adeptos de religiões de matrizes africanas, mas de todo o país. Para GOHN, 2006, a sociedade valoriza padrão de linguagem culta, ficando a margem toda fuga dessa realidade, estimulando uma desvalorização social e cultural para os que não detém a linguagem escrita e falada.

A lei da LDB é clara quando fala que todos os indivíduos independentes de classe social, idade ou etnia tem direito a educação, é responsabilidade do estado e setor público. Dessa forma, “a trajetória histórica da Educação de Jovens e Adultos (EJA) no Brasil, foi a

partir da segunda metade do século XX, período em que surgem as discussões no campo da escolarização formal fora de faixa etária” (HADDAD, 2007).

Em se tratando de educação, não podemos deixar de refletir a educação e a saúde em todo o contexto, já que estão ligadas por sua totalidade.

5.1.2 Perfil de saúde

A prática do cuidado em saúde compreende a tentativa de preservar a vida, aliviar as dores e sofrimentos do outro, bem como de promover o bem-estar (BARBOSA et al., 2018):

Um estudo realizado no Brasil aponta a importância atribuída nos terreiros acerca dos cuidados com o corpo existente nas religiões afro-brasileiras. Outro estudo, realizado por meio de uma etnografia revelou que os cuidados em saúde oferecidos pelos terreiros “variam de acordo com as razões que desencadearam a aflição, havendo uma alusão constante à diferença entre causas espirituais e causas materiais ou físicas.

Os dados de uma pesquisa realizada sobre as práticas de Candomblé na cidade de Nova Iorque. Os autores Niel; Pereira (2019) por meio de uma observação participante, entrevistas e acompanhamento da vida cotidiana de três mães de santo do Candomblé Ketu, afirmam que as motivações da procura dos seus serviços religiosos são bastante convergentes, tais como: resolução de problemas de saúde, financeiros e amorosos; alívio para conflitos emocionais ou psicológicos; reestabelecimento de equilíbrio energético ou espiritual.

Em consonância com França, Queiroz e Bezerra (2016), os especialistas religiosos de terreiros guiam-se pelas doenças do corpo e as da alma e/ou doenças materiais e espirituais. Segundo Niel e Pereira (2019) e Garcia (2016), com o auxílio do jogo de Ifá, os Pais ou Mães de Santo realizam os diagnósticos e a terapia a ser utilizada: a busca por uma assistência médica é considerada importante e necessária para os adeptos em que o adoecimento, é visto com várias características, tanto espirituais, como emocionais, e independe de indicação para tratamento espiritual, uso de ervas e outros elementos litúrgicos quando não se tem diagnósticos conclusivos consideram a procura adequada.

As práticas de cura a Umbanda envolvem a utilização de plantas, ervas, raízes que são matérias primas para produção de banhos, garrafadas, xaropes, defumadores e emplastos (MARTINS, 2009 apud TOURRINHO; NETO, 2016 p. 51). As práticas rituais e as relações interpessoais produzidas no terreiro possibilitam o acolhimento, as trocas afetivas, a construção de conhecimento, a promoção e prevenção à saúde e a renovação de tradições (GARCIA, 2016).

Em seu estudo qualitativo de abordagem etnometodológica, com observação participante, diário de campo e as entrevistas, França, Queiroz e Bezerra (2016) afirmam que os membros do terreiro reconhecem a importância da medicina ocidental: “eles demonstram reconhecer que é possível o diálogo entre os diferentes saberes, inclusive fazendo “encaminhamentos” para o médico, quando avaliam necessários”. Entretanto, são críticos em relação à qualidade do sistema de saúde brasileiro, demonstrando suas insatisfações quanto ao acesso ao atendimento médico.

Diante da diversidade cultural foi reconhecido saberes populares dos povos de terreiros, em diversos ambientes para reiterar uma tradição, formas de pensar resguardando a singularidade plural existencial da existência humana. Dialogando com alteridade e a ética. (FRANÇA; QUEIROZ; BEZERRA, 2016).

Aprovada em 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem como uma das suas diretrizes a promoção do reconhecimento, desestigmatização e a valorização dos saberes e práticas terapêuticas de matriz afro-indígena-brasileira como fundamentais, da mesma forma que o diálogo entre os conhecimentos tradicionais presentes nos terreiros e os conhecimentos técnicos propostos pelo SUS deve ser promovido (BRASIL, 2009). Para Garcia (2016) o conhecimento dos terreiros das religiões de matriz africana encontrou fundamentos para aplicar com uma linguagem acessível e acolhedora, princípios e práticas para a garantia da saúde integral da população negra neste universo.

Portanto a pesquisa nos apontou que a maioria dos adeptos relataram não possuir doenças, nem problemas de saúde, bem como a não recorrência a serviços de saúde, que nos leva a crer na potencialidade das práticas do terreiro em toda a sua dimensão de saberes tradicionais e culturais, trazendo um modo de viver harmônico, como posteriormente será apresentado.

De natureza distinta, e muitas vezes conflitante, as práticas de cuidado em saúde nos terreiros e nos espaços biomédicos podem ser mediadas pela terapia ocupacional, promovendo um diálogo entre os saberes (FRANÇA; QUEIROZ; BEZERRA, 2016). É importante compreender a produção de significados atribuídos às ações e atividades dos povos de terreiros, sendo essencial aproximar os saberes científicos e os tradicionais e estabelecer relações entre eles mediante os elementos culturais, sendo a mediação de diálogos basilar à efetivação das políticas inclusivas, ações estas que podem fazer parte do universo de atuação de profissionais da saúde (BARBOSA et al., 2018).

5.1.3 Perfil de estilo de vida

É necessário compreender que o estilo de vida e a tradição de matriz africana que não está apenas ligado à religião, mas um todo carregado de axiomas e axiologias que fazem a complexidade cultural dessa civilização africana nas américas, em que costumes são criados e recriados desde a tradição oral aos dias atuais e relacionais que indicam uma escola da vida, que relaciona e recupera o espiritual e o material como indissociáveis (SILVEIRA, 2014).

O indivíduo para esta tradição é importantíssimo, pois a comunidade se entende como um coletivo, ou seja, cada pessoa que compõe a comunidade tem sua importância individual para ela. Assim entendemos que a existência individual só tem sentido no âmbito comunitário (SILVEIRA, 2014, p. 77).

Portanto essa pesquisa ressalta que os adeptos de matrizes africanas estão interligados ao mundo respeitando o autocuidado, não fumam, não bebem. E falta de práticas de atividades físicas e recreativas são justificadas pela harmonia que se encontram e a forma de vem o adoecimento e a cura. Sendo:

Ao mesmo tempo religião, conhecimento, ciência natural, iniciação à arte, história, divertimento e recreação, uma vez que todo o pormenor sempre nos permite remontar a unidade primordial, Bâ ainda enfatiza que a cultura africana está intimamente vinculada à vida numa concepção de mundo como um todo onde todas as coisas se religam e interagem. A tradição oral baseia-se em uma certa concepção de homem, do seu lugar e do seu papel no seio do universo (SILVEIRA, 2014, p. 80-81).

Com relação a saúde a busca de solução de problemas ligados a como vivem são um dos motivos que procuram os terreiros por variados jeitos tanto provenientes do próprio indivíduo (por exemplo, tabagismo, alcoolismo, má conduta alimentar, pensamentos negativos, ansiedade, etc.) quanto de agentes externos ao indivíduo, tendo sua própria visão de saúde as religiões de matrizes africanas se estabelece a partir de sua cosmovisão (KNAUTH, 1994, p.81). Reforçando assim uma medicina não mecânica, e nem em partes, mas sim uma busca de ser integral, em que emerge uma conservação do bem-estar da vida como primordial.

5.2 Necessidades espirituais e satisfação com a vida

Os achados dessa pesquisa revelam que a necessidade espiritual dos adeptos alcançou um nível desejado de 78,3% de satisfação com a vida, de modo que podemos perceber que a forma na qual veem a vida faz com que aja uma inclusão também das

necessidades emocionais e psicoespirituais. Sendo assim, as pesquisas na área de enfermagem em relação à satisfação com a vida revelam que:

Ao desempenhar o seu cuidado a pessoas com problemas de saúde, deve ter suas ações direcionadas para as demandas biológicas, sociais, espirituais e psíquicas do ser humano. A fim de estimular e auxiliar as pessoas a satisfazerem suas necessidades espirituais, o profissional de enfermagem pode se valer de algumas intervenções, como: oferecimento de apoio à necessidade espiritual ou religiosa, facilitação da prática de uma religião, aconselhá-los espiritualmente, contatar um conselheiro espiritual e auxiliar na resolução entre o tratamento e as crenças espirituais (TANNURE, 2010).

Segundo Costa (2010) para melhorar a qualidade de vida em situações perturbadoras de saúde, a procura por significação para necessidades espirituais quando presentes, podem ser benéficas no caso da religiosidade e espiritualidade para redução dos impactos negativos, no caso ele se refere ao enfrentamento do câncer e ressalta a importância da espiritualidade no combate a doenças como papel protetor. Nesse aspecto, a espiritualidade é expressa por cada indivíduo de forma peculiar, inerente à sua natureza intrínseca, o que possibilita a renovação da esperança de sobreviver ao câncer, uma vez que as crenças religiosas e espirituais fornecem possibilidades de ressignificar as experiências de vida, principalmente no que concerne ao processo de adoecimento (MESQUITA, 2019, p.1).

A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio. O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido. Satisfação reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva (SILVEIRA, 2014, p.1).

Por meio de pontuação simples o estudo possibilitou uma reflexão sobre a aspectos subjetivos em relação à satisfação com a vida dos adeptos de matrizes africanas que tiveram um nível bom de satisfação. De acordo com Silveira (2014, p.2) a satisfação com a vida tem origens no Iluminismo século XVIII, com o propósito de a vida humana ser a própria vida. No século XIX, a convicção é do credo utilitário, a maior felicidade para o maior número de pessoas. No século XX, inspirados em tentativas planejadas de reforma social em grande escala, surge e se desenvolve o conceito de bem-estar". Na atualidade a busca pela satisfação de necessidades apresenta um a grande preocupação, sendo conscientemente algo especificamente humano uma busca de ser feliz e bem-estar que complete o sentido da vida.

5.3 Nível de bem-estar espiritual (BEE)

Os terreiros possuem uma atenção à saúde que reúnem um repertório simbólico e real de alternativas de informação, educação e atendimento na prática de lidar com a saúde e com a educação. Esse modelo de cuidado melhora a qualidade de vida dos adeptos e da comunidade do entorno e podendo tornar-se importante instrumento estratégico para o enfrentamento de várias doenças e para a promoção da saúde permitindo a preservação da própria tradição religiosa (GARCIA, 2016).

Portanto, a saúde é vivenciada pelos adeptos como o equilíbrio das forças vitais ou a harmonia com a natureza (GARCIA, 2016). Alves, Seminotti e Jesus (2017, p. 199) em seu estudo qualitativo relatam que “quando o Bâbálórìsà refere que tudo o que é produzido no terreiro é saúde, está fazendo referência às forças que devem ser manipuladas e mediadas para a restauração do equilíbrio do sujeito com o cosmos”. Assim, é válido afirmar que manipular e potencializar a força vital (poder de realização) é promover saúde. A partir desse entendimento, os autores não abordaram a saúde mental no estudo, pois compreenderam que essa categoria de saúde não faz sentido no terreiro:

(...) a concepção de saúde do terreiro é muito mais ampla, está diretamente ligada à dinâmica do cosmos como um todo, ou seja, ligada às relações entre ser humano, animal, vegetal, mineral, antepassados, ancestrais e divindades.

Santos, Roazzi e Souza (2019) afirmam há evidências científicas que indivíduos que praticam qualquer tipo atividades religiosas e se consideram “pessoas mais religiosas”, possuem maior nível de bem-estar psicológico, menores chances de depressão, uso, abuso ou dependência de substâncias, bem como comportamentos suicidas. Portanto, um senso de controle mediado por uma divindade está associado a uma maior satisfação com a vida, mais otimismo, e menores níveis de ansiedade.

Para Rocha et al. (2018), uma das maneiras para o ser humano atingir a plenitude de sua existência e de auxílio para transcender um momento desafiador é através do encontro de suas necessidades espirituais. As necessidades do espírito integram aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais, com profundas implicações no bem-estar. Portanto, são indissociáveis das necessidades fundamentais do ser humano (CASTELO-BRANCO; BRITO; FERNANDES-SOUSA, 2014).

Conferindo à espiritualidade um caráter dinâmico, subjetivo e intrínseco ao ser humano, as necessidades espirituais estão também intimamente relacionadas às diferentes crenças, valores e transcendência. Destarte, permitiu identificar que a fé e conexão com o ser superior/força espiritual trazem ao indivíduo bem-estar e

equilíbrio entre corpo, mente e alma, influenciando harmonicamente em ações, pensamentos e sentimentos (ROCHA et al., 2018).

Segundo Snyder e Lopez (2009) a psicologia Positiva vislumbra que o futuro do ser humano é fazer-se melhor, pois é capaz de transformar sua vida, se quiser, investindo na busca de sentido, no amor, na alegria e na espiritualidade com vistas na saúde e bem-estar. Nesse sentido os terreiros através da sua singularidade conduzem a uma dimensão espiritual presente que permite um bem-estar espiritual em harmonia, que pode ser relacionado a sua prática cotidiana. Portanto destacam que a investigação a respeito da Espiritualidade relacionada à saúde “conduziu a emergência do conceito de Bem-estar Espiritual (BEE) e espelha a importância crescente atribuída à dimensão espiritual para o bem-estar”.

Em variadas situações de vida a espiritualidade esteve presente ao longo da história humana, nas religiões de matrizes africanas os valores culturais e a persistência desses valores notificam para um bem-estar espiritual através do resultado dessa pesquisa ainda muito tímido em relação ao país, segundo o autor abaixo citado:

seja através dos cultos religiosos, das celebrações em agradecimento, por exemplo, a colheita e a chuva (entre outras), sejam nos valores humanos como a persistência, a perseverança, a esperança, e tantas outras situações de vida a espiritualidade traz um bem-estar (GOUVEIA; MARQUES; PAIS RIBEIRO, 2009, P. 309).

Dohms et al. (2014) várias pesquisas mostram e consideram a hipótese de busca do sagrado como forma de obtenção do bem estar espiritual e sentido da vida, em relações firmadas no propósito humano, e suas dimensões de vida, experiências e compartilhamentos, buscando assim, um equilíbrio entre as relações estabelecidas de afeto, razão, espiritualidade estarão submergidas de modo dinâmico em cada experiência que reconhece a totalidade da essência humana na sua coletividade sem deixar o subjetivo de um sujeito que é “um constante vir a ser, fazer, sentir, refletir, conhecer e elucidar” sem idade em que o tempo é baseado na ancestralidade e atualidade ao mesmo momento. A busca pela saúde espiritual é uma constante.

5.4 Sintomas psicopatológicos

Domingos (2013) vem nos falar do fenômeno doença para as sociedades africanas, que debatem há desordem espiritual como algo também de dimensão material física, explica que quando a relação da à ancestralidade e família espiritual não estão acordadas com as relações sociais estabelecidas, e passam por modo de vidas que rompem a harmonia do indivíduo, fazem com que aja uma ruptura com o cosmos, assim as patologias serão esse desequilíbrio espiritual.

Para as tradições de Matriz Africana a diferenciação entre doenças espirituais e físicas é muito sutil, ou seja, não há uma ideia fechada sobre o que é típico do espírito, por isso somente tratável espiritualmente; e o que é típico do físico, tratável pela medicina oficial. Uma outra situação que determina na ótica dos fiéis o recurso à religião é a persistência da doença após ter-se acionado outros recursos de cura, especialmente os da medicina oficial (DOMINGOS, 2013. p. 309).

Percebe-se que a cura não estará ligada ao campo médico tradicional, mas a algo maior, pois problemas mentais de saúde para os adeptos podem estar ligados a essa falta de equilíbrio físico, por sintomas espirituais como um indicativo que considere a necessidade de busca no campo para uma iniciação ritualística nos terreiros.

De acordo com Pilgerl et al. (2017), os indivíduos adeptos a alguma prática religiosa possui sensação de bem-estar maior. Estudiosos analisam que há relação entre a espiritualidade e os vários aspectos da saúde mental, mostrando que pessoas são mais saudáveis mentalmente e se adaptam com mais sucesso ao estresse quando são religiosas. Portanto, as ações religiosas estão especificamente relacionadas à promoção do bem-estar da pessoa e ao possuir sentimentos positivos e de saúde.

Rocha *et al.* (2018) afirma que a literatura salienta que esses recursos da espiritualidade desativam o sistema nervoso simpático, reduzindo as citocinas inflamatórias do sangue com conseqüente diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão.

No presente estudo a menor média foi da ansiedade fóbica o que nos leva há hipótese de que a espiritualidade é vivida no momento presente, sem muitas expectativas no futuro, sendo assim o papel da ancestralidade é evidenciado. E em relação há maior média a ideação paranoide há muito a se investigar em se tratando de algo voltado a pensamentos de perseguição e o contexto histórico das religiões de matrizes africanas.

5.5 Adesão ao regime terapêutico

Nesta pesquisa 85,1% dos adeptos não são aderentes ao regime terapêutico, sendo que Pilgerl et al. (2017) afirmam que há evidências da relação entre religião e saúde com objetivo terapêutico e demonstrando que pessoas religiosas têm estilos de vida mais saudáveis e possuem melhor qualidade de vida.

De acordo com Silva *et al.* (2016) os brasileiros muitas vezes atribuem sua melhora de saúde mais às forças espirituais que ao tratamento médico recebido. A religiosidade e espiritualidade são dimensões importantes para o bem-estar e enfrentamento de enfermidades, sendo ainda necessário aprofundar o conhecimento sobre crenças religiosas

e espirituais, visto que podem influenciar no tratamento e na recuperação de condições crônicas de saúde (PILGERL et al., 2017; SILVA et al., 2016).

Os estudos conferem uma preocupação nos últimos anos em relação a adesão ao regime terapêuticos medicamentoso, pois o mesmo desencadeia uma série de problemas a nível pessoal, econômico e social, os profissionais de saúde consideram um agravamento a saúde pública. A não adesão ao regime terapêutico faz com que os indivíduos diminuam a qualidade de vida e aumento de hospitalizações (SCMITT JÚNIOR; LINDNER; HELENA, 2013).

Um estudo realizado em Portugal (4), incluindo 74 pessoas com insuficiência renal crônica que se encontravam num programa regular de hemodiálise, sugere que, sendo a ARTM um processo dinâmico, a pessoa deve ser cuidadosamente acompanhada, avaliada e constatados os principais fatores que a possam influenciar negativamente na adesão. “Os profissionais de saúde necessitam de treino específico que lhes permita melhorar a intervenção ao nível da adesão” (MACHADO, 2009, p. 2).

Para tanto a dimensão espiritual traz um olhar potencializado desses efeitos, como nas religiões de matrizes africanas em que mesmo com a baixa adesão ao regime terapêutico contraria algumas pesquisas em relação ao bem-estar espiritual, satisfação com a vida e quadros patológicos, como no “caso de consultas a Ifá Ifá indica que oferenda (ẹbọ) deve ser feita para potencializar o remédio (oògun) prescrito pelos especialistas”. Nenhum sacerdote indicará o abandono do tratamento médico tradicional, mas dará potencial ao seu ebo (KANAUTH, 1994, p. 96), então a procura das religiões afro-brasileiras, enquanto recurso de cura, não exclui para os fiéis, a possibilidade de frequentar os templos de outras religiões e nem mesmo de procurar os recursos da medicina oficial.

5.6 Correlação entre a satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos

Esse processo é avaliado por Diener (1984-2000) como componente subjetivo, sendo como uma avaliação global a satisfação com a vida permeia o julgamento cognitivo e equilíbrio entre afeto positivo e negativo, potencializando uma referência na qualidade de vida das pessoas não empreendido um potencial de causas.

A religião é, seguramente, um objeto de investigação dos mais complexos, posto que, como fenômeno humano, é, a um só tempo, experiencial, psicológico, sociológico, antropológico, histórico, político, teológico e filosófico, implica abordagens e dimensões várias e de distintas espécies da vida coletiva e individual. Ela é, não se pode negar, fenômeno humano de decisiva centralidade e de complexidade incontornável (DALGALARRONDO, 2008, p. 20).

Nesse estudo dos adeptos de religiões de matrizes africanas existiu uma menor correlação no psicotismo, ou seja, quando o sujeito não suporta a realidade e vai em busca fugas para se adaptar a vida. Então Segundo Andrew Sims (1995):

Os delírios religiosos, muito frequentes no séc. XIX, continuam a ser observados na prática clínica atual, destaca que, embora muitas crenças religiosas possam parecer extremamente bizarras e diferir muito das concepções do senso comum ou dos profissionais de saúde, nem por isso devem ser consideradas patológicas ou delirantes (OLIVEIRA, 2019, p. 20).

As experiências subjetivas do sujeito devem ser levadas em conta quando se trata de psicopatologias e os comportamentos de satisfação com a vida, humor alterado, alterações de pensamentos, compreendendo o contexto e reconhecendo os sintomas. Para o autor supracitado o estilo de vida e objetivos dos indivíduos deve ser mais observado que propriamente o conteúdo religioso para só assim poder diferenciar o estado patológico ou a crença.

Oliveira (2008) nos remete a refletir a psicopatologia através do olhar de Berger que fala da ressignificação do sofrimento:

Não é a felicidade que a teodicéia proporciona antes de tudo, mas significado. E é provável que, nas situações de intenso sofrimento, a necessidade de significado é tão forte quanto à necessidade de felicidade, ou talvez maior satisfação com a vida. Não resta dúvida de que o indivíduo que padece, digamos, de uma moléstia que o atormenta, ou de opressão e exploração nas mãos de seus semelhantes, deseja alívio desses infortúnios. Mas deseja igualmente saber por que lhe sobrevieram esses sofrimentos em primeiro lugar.

Para Diener (1984) a tendência de relacionar a satisfação com a vida e estados de humor é bastante atual, mas deve – se observar que outros fatores de influência como os afetos.

Por sua vez, o afeto negativo refere-se a um estado de distração e engajamento desprazível, que também é transitório, mas que inclui emoções desagradáveis, como ansiedade, depressão, agitação, aborrecimento, pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes. Pode ser medido por meio de emoções ou sentimentos como desilusão, angústia e tensão (DIENER, 1984, p.86).

No estudo sobre a correlação da satisfação com a vida e sintomas patológicos verificou-se uma maior correlação ao sintoma de transtorno- obsessivo compulsivo (TOC) que de acordo com Katschnig (2006), “reflete o bem-estar físico e psíquico subjetivo dos sujeitos em diferentes domínios da vida, como bem-estar psicológico, satisfação com a vida, funcionamento social e desempenho, condições de vida e apoio social”. Em se tratando de saúde mental, há importantes desafios metodológicos adicionais, pois, as próprias alterações psicopatológicas podem “enviesar” ou distorcer a avaliação subjetiva de diferentes aspectos

da qualidade de vida (QV), como ocorre, por exemplo, na depressão ou mania (falácia afetiva), na esquizofrenia (falácia de distorção da realidade) e nas demências ou no retardo mental (falácia cognitiva).

Para diferentes populações estudo de Torresan et al. (2007) estima que 1 a 2,5 % na vida com TOC e que tem bastante comorbidades com quadros ansioso e depressivos. Isto se deve, em grande parte, à habitual boa crítica do portador em relação aos seus sintomas, que são acompanhados de vergonha, desmoralização e muito sofrimento, justamente pela noção preservada da irracionalidade de seus pensamentos e comportamentos e da incapacidade para mudá- los, além da consciência das próprias limitações (TORRES; SMAIRA, 2001 apud TORRESAN et al, 2007).

Apesar de haver alguma correlação entre maior gravidade dos sintomas e pior QV, esta não é direta, já que alguns pacientes, mesmo com sintomatologia importante, conseguem manter os papéis sociais e cumprir suas obrigações a contento. Isto talvez se deva à especificidade idiossincrática dos temores obsessivos e à capacidade que alguns portadores têm de manter seus rituais restritos à sua casa ou seu quarto, controlando-os em situações públicas (STEIN et al., 2000).

Sendo assim podemos verificar que os adeptos de matrizes africanas apesar de maior prevalência para o TOC conseguem se adaptar a vida com maior satisfação e pode se relacionar a maneira que vem o mundo e que levam um estilo de vida em sua manifestação religiosa, sabendo-se que obteve uma correlação positiva e as demais correlações negativas e inversamente proporcionais.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa revelou diferenças entre a observação e os resultados destes apresentados, desde a representação social das religiões de matrizes africanas, as questões do perfil sociodemográfico; de saúde e estilo de vida, o nível de bem-estar espiritual; as necessidades espirituais e satisfação com a vida; os sintomas psicopatológicos; adesão ao regime terapêutico e correlação da satisfação com a vida e os sintomas psicopatológicos.

Neste contexto em que adultos jovens, solteiros do sexo masculino, sem ocupação definida e escolaridade incompleta e trabalhos que dependem de terceiros para obtenção de renda, na maioria um salário mínimo e com prevalência se consideram religiosos. Em relação ao perfil da saúde relataram não ter problemas de saúde e não recorrerem aos serviços médicos e se assim o faz apenas anualmente. Em relação ao estilo de vida predominou o relato de não fumar, não beber, não praticar atividades recreativas e físicas.

Nesta perspectiva de saúde o bem-estar espiritual confirma a harmonia que permeia os adeptos em todas as dimensões seja pessoal, comunitária, ambiental e transcendental construindo uma relação de promoção a saúde na medida em que 78,3% se encontram satisfeitos com sua vida.

Portanto é surpreendente o contraditório resultado dos sintomas patológicos que mostram a ideação paranoide com prevalência, a muito a se investigar nesse transtorno psicótico de personalidade, mas que se contrapõe com a harmonia espiritual encontrada anteriormente citado.

Distintamente do que declaram no perfil sociodemográfico da saúde que não tinham problemas de saúde, as doenças crônicas tiveram prevalência de 59%, sem adesão ao regime terapêutico, ou seja, a maioria dos adeptos não se consideram doentes, mesmo com a constatação e diagnóstico médico.

Os adeptos em sua maioria apontam uma alta satisfação com a vida e suas necessidades espirituais contempladas, devido a sua espiritualidade, essa satisfação está ligada ao modo de ver e viver a vida baseadas na pluralidade cultural e bem-estar subjetivo.

A presente pesquisa teve algumas limitações, como o delineamento transversal, que impossibilitou inferências, observação e hipóteses por não ser instrumento de coleta na relação de respostas, uma vez que foram avaliados em momentos distintos, ora pós cultos, ora antes dos cultos concomitante trazendo dados baseados nas informações oferecidas pelos entrevistados, que podem não ser fidedignas em algumas instâncias. Além disso, trata-se de uma amostra constituída por indivíduos em de diversos terreiros e práticas diferenciadas em

um campo específico candomblé e umbanda, fato que pode prejudicar a generalização dos resultados para outras circunstâncias.

Enquanto pesquisadora essa pesquisa acrescentou ao mundo profissional e pessoal, não somente em relação aos novos conhecimentos em que retiraram a visão estigmatizada e de religiões não cristã, mas na percepção do quanto ainda temos por saber, e aprender com outras realidades e religiões, crescendo assim o meu respeito a todos os adeptos de terreiros e sua singularidade.

Com grande relevância social em se tratando de um público marginalizado que tem muitos valores a serem repassados e esclarecidos, criando assim uma ressignificação da espiritualidade e religiosidade das religiões de matrizes africanas, por meio de saberes ancestrais mediando assim um diálogo entre espiritualidade, saúde e educação.

No entanto, a temática desta pesquisa contribuiu para as discussões e as investigações que avaliam a saúde espiritual dos adeptos de religiões: candomblé e umbanda na cidade de Juazeiro do Norte-CE, como forma de criar e compreender a ressignificação dos conhecimentos já obtidos, um tema bastante complexo que requer mais estudos com o propósito de produzir ciência e carece aprofundamento no que versa sobre a saúde, educação, estilo de vida e adesão terapêutica dos adeptos das Religiões de Matrizes Africanas.

REFERÊNCIAS

AIRES, E. **Mais Saúde**. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/comportamento-obsessivo-compulsivo-toc/>. Acesso em: 22 jun 2019.

ALMEIDA, A. M. **Saúde espiritual**. TV. NUPES. [on line]. Universidade Federal Juiz. [Prof.Dr. psiquiatra Alexandre Moreira Almeida], 14 de novembro de 2015. Net. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ufjf?s=dr.+alexandre+moreira+almeida+2015>. Acesso em: 15 fev. 2018.

ALVES, M. C.; SEMINOTTI, N.; JESUS, J. P. **Produção de saúde em uma comunidade tradicional de terreiro de matriz africana: o sujeito bio-mítico-social**. Revista da ABPN • v. 9, n. 23 • jul –out 2017, p.194-2.

AQUINO, T. A. A. *et al.* **Atitude Religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional**. Revista Psicologia Ciência e Profissão, v. 29, n. 2, p. 228-243, 2009.

AZEVEDO, J. N. C. **Sexualidade na Doença de Parkinson**. Universidade do Porto: MPSM (mestrado em Psiquiatria e saúde mental), 2010. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/55370/2/Tese%20de%20Mestrado%20em%20Psiquiatria%20e%20Sade%20Mental%20%20Sexualidade%20na%20Doena%20de%20Parkinson%20%20Jacinto%20Azevedo.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2018.

BARBOSA, I. P. B. *et al.* **Significados das práticas de cuidado em saúde no ritual de iniciação do candomblé de Ketu**. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 39, n. 1, p. 95-112, jan./jun. 2018.

BORGES, L. R. **Branquitude e religião: a luta por respeito das religiões de matrizes africanas no brasil**. 2017. 71 p. Monografia (Bacharel em Direito) - Departamento de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), 2017.

BÜSSING, A. *et al.* **Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases**. European Journal of Medicine Research, v. 14, p. 171-177, 2009.

BRANCO LUÍZA, M. **O sentido da educação democrática: revisitando o conceito de experiência educativa em John Dewey**. Covilhã: Portugal. Universidade da Beira Interior. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 36, n.2, p. 599-610, maio/ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v36n2/a12v36n2.pdf>. Acesso em 28 mar.2019.

BRASIL. **Resolução nº 466/2012**. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Dispõe sobre ética para Pesquisa com Humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 02 maio. 2018.

BRASIL. **Lei nº 9475, 22 de julho de 1997**. Ministério da Educação (MEC). Dispõe sobre o Ensino Religioso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm.. Acesso em: 02 maio. 2018.

BRASIL. **Lei nº10. 639 de 09 de janeiro de 2003**. Congresso. Dispõe sobre diretrizes e bases da educação nacional inclui no currículo oficial da Rede de ensino a obrigatoriedade da temática história e cultura Afro-brasileira e dá outras providências, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.639.htm. Acesso em: 02 maio. 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portal do fundo de amparo ao trabalhador. **Classificação brasileira de ocupação (CBO)**, 2016. Disponível em: <http://portalfat.mte.gov.br/programas-e-acoas-2/classificacao-brasileira-de-ocupacoes/>. Acesso em: 18 jul., 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a política nacional de saúde integral da população negra. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 maio 2009.

BRITO, I. N. **Relação entre bem-estar espiritual e sintomas psicopatológicos na população adulta portuguesa**. Lisboa: Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da vida, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3646/1/18793.pdf>. Acesso em 02 maio. 2018.

BUSS, P. M. **Saúde, Sociedade e Qualidade de Vida**. Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=34&sid=8>. Acesso em: 18 nov. 2017.

CALVETTI, P. U.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. **Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids**. *Psicol. Estud. Maringá*, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a13.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

CANAVARRO, M. C.; NAZARÉ, B.; PEREIRA, M. (2017). **Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18)**. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (orgs.), **Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação** (pp. 115-130). Lisboa: Editora Pactor.

CASTELO-BRANCO, M., BRITO, D., FERNANDES-SOUSA, C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan*. Vol. 14, No. 1, 2014, 100-108.

CASTRO, L. **Hegemonia cristã – o neopentecostalismo e sua relação com as religiões de matrizes africanas**. *Revista da ABPN* • v. 11, n. 28 • mar–mai 2019, p.34-54.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CBO). **Ministério do Trabalho (MTE)**. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/regulamentacao.jsf>. Acesso em 22 jun.2019.

COSTA, D. S. (2010). **Espiritualidade**: Um recurso importante na terapêutica do paciente oncológico.

CUNHA JÚNIOR, H. **Afrodescendência e Africanidades**: um dentre os diversos enfoques possíveis sobre população negra no Brasil, 2006.

DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. **Educação em Saúde e Espiritualidade: proposições metodológicas. Canoas-RS: Universidade Luterana do Brasil.** Revista Brasileira de Educação Médica, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000400015. Acesso em: 12 fev. 2018.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DANTAS, G. C. S. **Cultura Africana.** Brasil Escola [*on line*], 2017. Disponível em: <http://brasilecola.uol.com.br/cultura/cultura-africana.htm>. Acesso em: 18 dez. 2017.

DIENER, E. **Subjective Well-Being.** Psychologist Bulletin, v. 95, n. 3, p. 542-575, 1984.

DIENER, E. **Subjective Well-Being – The Science of Happiness and a Proposal for a National Index.** American Psychologist, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000.

DOHMS, K. P. Mal/bem-estar docente, autoimagem e auto-estima e autorealização em uma escola tradicional de Porto Alegre. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da PUCRS, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/2872/1/000434468-Texto%2BCompleto0.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

DUARTE, N. **Arte e educação contra o fetichismo generalizado na sociabilidade contemporânea.** Florianópolis: PERSPECTIVA, 2009. v. 27, n. 2. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/viewFile/2175-795X.2009v27n2p461/15289>. Acesso em: 18 mar. 2019.

DEROGATIS, L. R. SCL-90-R: **Manual de administração,** pontuação e procedimentos. Baltimore, MD: pesquisa psicométrica clínica, 1977. Disponível em: <[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferencelID=354316](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferencelID=354316)>. Acesso em: 22 jun. 2019.

DOMINGOS, L. T. **A dimensão religiosa da medicina africana tradicional.** In: CONGRESSO DA SOTER, 26., 2013, Belo Horizonte. Anais do congresso da SOTER / Sociedade de Teologia e Ciências da Religião: Deus na sociedade plural: fé, símbolos, narrativas. Belo Horizonte: PUC Minas, 2013. p. 1150.

EIRAS, C. V. C. **Qualidade de vida em doentes polineuropatia amiloidótica familiar tipo 1 após três anos do transplante hepático e sua relação com a psicopatologia.** Braga: Universidade Católica Portuguesa. Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, 2011.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa.** 18ªed. São Paulo: Cortez, 2011.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.** São Leopoldo: Sinodal, 1987.

FRANÇA, M. M. L.; QUEIROZ, S. B.; BEZERRA, W. C. **Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível?** ISSN 0104-4931 Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 105-116, 2016.

FERREIRA, D. W. **Ágape e liberdade: os fundamentos da espiritualidade laica de Luc Ferry.** Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora. Pós-graduação em Ciência da Religião, 2016.

FREITAS, M. H. **Espiritualidade e saúde: das conexões originais aos esforços de seu resgate na contemporaneidade.** Belo Horizonte: Interações- cultura e comunidade, 2016. p. 3-8. v. 11. n. 20. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/13832/10917>. Acesso em: 10 de abr. 2018.

FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed. Loures: Lusociência, 1999.

FLECK, M. P. *et al.* **Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.** Revista Saúde Pública, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16779.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2018.

GALLIAN, D. M. C. **A (re) humanização da medicina.** São Paulo: Psiquiatria na prática médica, 2000, v. 33, p.5-8. Disponível em: <http://priory.com/psych/galli0500.htm>. Acesso em: 13 fev. 2018.

GARCIA, C. P. **Saúde e doenças na religião de matrizes africanas***. Fragmentos de cultura, Goiânia, v. 26, n. 2, p. 249-259, abr./jun. 2016.

GAARDER, J.; HELLERN, V.; NOTAKER, H. **O livro das Religiões.** São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

GOHN, M. da G. **Educação não formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas.** Ensaio: avaliação política e pública em Educação. Rio de Janeiro, 2006. Volume 14, nº50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362006000100003. Acesso em: 18 jul. 2019.

GOBATTO, C. A.; ARAÚJO, T. C. C. F. **Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia.** Rio de Janeiro: Revista SBPH, 2010, v.13, n.1. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a05.pdf>. Acesso em: 20 jun.2019.

GOUVEIA, M. J.; MARQUES, M.; PAIS - RIBEIRO, J. **Versão portuguesa do questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial.** Psicologia, Saúde e Doenças, Lisboa, v. 10, n. 2, p. 285- 293, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, 2009.

HADDAD, S. **Por uma nova cultura de educação de jovens e adultos: um balanço de experiências de poder local.** In: HADDAD, S. *et al.* **Novos Caminhos em Educação de**

Jovens e Adultos – EJA: um estudo de ações do poder público em cidades de regiões metropolitanas brasileiras. São Paulo: Global, 2007. p. 7-49.

HAMMEL, A. C. BORGES, L. F. P. A Formação humana e a opção **pelos ciclos de formação**. IX Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Universidade Estadual do Centro Oeste, 2012.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica:** uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. (Tradução de Michael *Schimidt Ducan*).

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230730&search=||info%20gr%20El%20focos%20-%20informa%20E7%20F5es-completas>>. Acesso em: 26 de ago. de 2015.

JEKEL J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.114-28. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-24182>. Acesso em: 10 dez. 2017.

KATSCHNIG, H. - **Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice**. World Psychiatry 5(3): 139-145, 2006.

KNAUTH, D. R. **A doença e a cura nas religiões afro-brasileiras do Rio Grande do Sul**. In: ORO, Ari Pedro (org.). **As religiões afro-brasileiras do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1994. p. 96.

KOENING, H. G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente:** por que, como, quando e o que. Editora Jornalística, 2005. Versão em PDF. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B0vDidksY2tZa0tWFpDbnAtZGs/edit>. Acesso em: 12. dez. 2017.

LAU, F. H. S. L. **Espiritualidade e educação:** a contribuição de Edgar Morin para a prática docente. Recife-PE: UNICAP, 2016.

LIMA, A.; ALVES, N. **Relações raciais, racismo e identidade negra do candomblé baiano de alagoinhas**. Cascavel: Educere et Educare, 2015.

LUENGO, C. L.; MENDONÇA, A. R. A. **Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes**. Revista bioética, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/21.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2018.

LUKOFF, D. **Emergência espiritual e problemas espirituais**. In: Anais. Portugal-Cacaís, 2003. 4º Congresso de Psicologia Transpessoal. Disponível em: <http://www.orion.med.br/index.php/transpessoalidade/598-emergencia-espiritual-e-problemas-espirituais>. Acesso em: 23 fev. 2018.

MANGIA, P. **Estudo Transcultural de Validade do SHALOM, um instrumento de Bem-estar Espiritual**. 2015. 215f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia da saúde). Instituto Universitário Ciências psicológicas, sociais e da vida- ISPA. Portugal, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4536/1/19902.pdf>. Acesso em: 20 set.2017.

MARTINS, Rosa Maria Lopes – **Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu**. Badajoz: Departamento de Psicologia y Sociología de la Educación, 2004. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Extremadura.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: BOITEMPO Editorial, 2007.

MAY, R. **O homem à procura de si mesmo**. 17. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

MACHADO, M. M. P. **Adesão ao regime terapêutico**: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros [dissertação]. Braga: Instituto de Educação e Psicologia: Universidade do Minho; 2009.

MELLO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. **Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras**. Saúde Sociedade, 2013. v. 22, n.4, p.1024-1035. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/06.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. **O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2005. v 21, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v21n3/a02v21n3.pdf>. Acesso em: 17. nov. 2017.

MESQUITA A. C. *et al.* The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010>. Acesso em 23 jul. 2019.

MIOT, H. A. **Tamanho da Amostra em estudos clínicos e experimentais**. Botucatu-SP: J. Revista Vas Bras, 2011. v.10. n. 4. Universidade Estadual Paulista (UNESP). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01.pdf>. Acesso em 29 mai. 2018.

MORIN, E. **Os setes saberes necessários a educação do futuro**. São Paulo: o Cortez-UNESCO, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A. **Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora**. Revista de Psiquiatria Clínica, 2007. v. 34, suppl 1. Ciência e Saúde coletiva. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700001. Acesso em: 27 fev. 2018.

MOSQUERA, J. J. M. **Um estado de consciência**. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C.; SILVA, J. D. T. Espiritualidade e qualidade de vida. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B. **A gente vive para cuidar da população: estratégia de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé**. Revista Saúde e Sociedade, 2011.v.20, n. 4, p.325-337. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/06.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

MÜLLER, M. C. **Introdução**. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C.; SILVA, J. D. T. **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

NASCIMENTO, W. F. **As religiões de Matrizes Africanas, resistência e contexto escolar: entre encruzilhadas.** In: MACHADO, A. F. *et al.* **Memórias e Baóba II.** Fortaleza: Imprece, 2015. p. 14-85.

NEWMAN, T. B. *et al.* **Delineando um estudo observacional: estudos transversais e caso-controle.** In: HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 127-145.

NIEL, M. M.; PEREIRA, P. P. G. **Oogun Àṣẹ*:** estratégias de cuidado com a saúde no Candomblé em Nova Iorque (EUA). *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180088
<https://doi.org/10.1590/Interface.180088>

NUNES, A. P.; MARIZ, C. **Saúde, Religião e Trânsito Religioso: Estudo Pró-Saúde.** Eduardo Faerstein1 **DADOS – Revista de Ciências Sociais,** Rio de Janeiro, vol. 59, no 4, 2016.

OLIVEIRA, E. D. **Cosmovisão Africana no Brasil:** elementos para uma filosofia afrodescendente. Curitiba: Editora Gráfica Popular, 2006.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. *et al.* **Relação entre a escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle de pressão arterial.** *Arquivo Brasileiro Cardiologia*, 2012; [online]. ahead print, PP.0-0. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05012.pdf>. Acesso em: 29 maio. 2018.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. **Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos.** São Leopoldo: Universidade Vale do rio dos Sinos - Estudos de Psicologia, 2012. v. 17, n.3 p. 469-476. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/16.pdf>. Acesso em: 10. Fev. 2018.

OLIVEIRA, I. C. **Psicopatologia e espiritualidade.** IPUB/UFRJ, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Disponível em:
<<https://www.paho.org/bra/>>. Acesso em: 20 Jun. 2019.

PAIVA, G. J. **Psicologia da Religião, psicologia da espiritualidade:** oscilações conceituais de uma (?) disciplina. In: AMATUZZI, M. M. (ORG). *Psicologia e espiritualidade.* São Paulo: Paullus, 2005.

PAIVA, G. J.; ZANGARI, W. **A representação na religião:** perspectivas psicológicas. São Paulo: Loyola, 2004.

PAZZINI, R. G. **Qualidade de vida, Espiritualidade e saúde: validação e aplicação do WHOQOL-SRPB em português brasileiro.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2013. N.34, p. 105- 115. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/270189204_Qualidade_de_vida_e_espiritualidade. Acesso em: 15 fev. 2018.

PILGERI, C. *et al.* **Bem-estar espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico.** *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017 jul-ago;70(4):721-9.

- PINTO, C.; RIBEIRO, J. L. P. **Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde**. Revista Arquimed (Arquivos de Medicina), 2007. v. 21, n. 2, p. 47-53. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.
- POLICARPO JÚNIOR, J. **Entrevista sobre Espiritualidade e Educação**, 2017. Disponível em: <http://revistapontocom.org.br/entrevistas/espiritualidade-e-educacao>. Acesso em: 18 mar. 2019.
- PRADONOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Rio Grande do Sul: Ed. Universidade Feevale, 2013.
- PRANDI, R. **O Brasil com axé: candomblé e umbanda no mercado religioso**. São Paulo, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000300015. Acesso em: 20 jul. 2019.
- REGINATO, V.; CRAICE DE BENEDETTO, M. A.; GALLIAN, D. M. C. **Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem**. Rio de Janeiro: Trabalho e educação em saúde, 2016. p. 237- 255. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00100>. Acesso em: 02 mai. 2018.
- RIBEIRO, R. Y. **Alma Africana no Brasil**. Os Iorubás. São Paulo: Oduduwa, 1996.
- ROCHA, R. C. N. P. *et al.* **Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de paciente em atenção paliativa oncológica**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(suppl 6):2792-9.
- ROSSI, W. G. **Capitalismo e educação**. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1980 *In:* OLIVEIRA, I. B. de. SÜSSEKIND, M. L. **Das teorias críticas às críticas das teorias: um estudo indiciário sobre a conformação dos debates no campo curricular no Brasil**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v22n71/1809-449X-rbedu-s1413-24782017227157.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.
- SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. **Espiritualidade baseada em evidências. Revista USP: Acta Fisiátrica**, 2001. v. 8, n. 3. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102355>. Acesso em: 12. fev. 2018.
- SALGADO, M. I. **Saúde e espiritualidade**. Boletim UFMG, 2006. Ano 32, n. 1551. Disponível em: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1551/segunda.shtml>. Acesso em: 10 mar. 2018.
- SANTOS, C. R. S.; ROAZZI, A.; SOUZA, B. C. **Religião e trabalho: reflexões sobre a influência da experiência religiosa no contexto organizacional**. Revista Amazônica, LAPESAM/GMPEPE/UFAM/CNPq/EDUA. Ano 12, Vol XXIII, Número 1, jan-jun, 2019, Pág.106-129. ISSN 1983-3415 (impressa) -ISSN 2318-8774 (digital)-eISSN 2558 1441 -(Online).

SARACENI, R. **Umbanda Sagrada: religiões, ciência, magia e mistérios**. 5ª. ed. São Paulo: Madras, 2008.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. Rio de Janeiro: PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, 2007, v. 17, p. 29- 41. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2018.

SILVEIRA, Hendrix. **Tradições de matriz africana e saúde: o cuidar nos terreiros: Traditions of african origin and health: the care in the terreiros. Identidade! São Leopoldo**.2014. v. 19 n. 2. p. 75-88. Disponível em:

https://www.academia.edu/29720359/Tradi%C3%A7%C3%B5es_de_matriz_africana_e_sa%C3%BAde_o_cuidar_nos_terreiros. Acesso em: 20 jul. 2019.

SIDRA. **Sistema IBGE de recuperação automática**. Disponível em:

<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5918#notas-tabela>. Acesso em: 21 jun.2019.

SILVA, C. *et al.* **Spirituality and religiosity in patients with systemic arterial hypertension**. Rev Bioét [Internet]. 2016. 24(2):332-43. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/en_1983-8034-bioet-24-2-0332.pdf.

SILVA, J. M. **Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde**. Revista Saúde Sociedade. [online]. 2007, v.16, n.2, p.171-177.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000200017&script=sci_abstract&tlng=pt.

Acesso em: 10 mar. 2018.

SCHMITT JÚNIOR, A. A.; LINDNER, S.; HELENA, E. T. **Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária**. Revista Associação Médica Brasileira, 2013.

SOLOMON, R. C. **Espiritualidade para céticos: Paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. **Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C.; SILVA, J. D. T. **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TANNURE, M.C; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da assistência de enfermagem**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

TOURINHO, É. F.; NETO, O. J. T. **Violação dos direitos e preconceito por parte de equipe de saúde da família à população de matriz africana (Imperatriz-MA) ***.

FRAGMENTOS DE CULTURA, Goiânia, v. 26, n. 1, p. 47-56, jan./mar. 2016.

TORRESAN, R. C. *et al.* **Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão Quality of life in obsessive-compulsive disorder**. Revista de Psiquiatria clínica. São Paulo: FMB- UNESP, 2007. Disponível em:

file:///C:/Users/Katissa/Downloads/Qualidade_de_vida_no_transtorno_obsessiv.pdf. Acesso em: 22 jul. 2019.

VALE, J. M. F. do. **Uma aposta no professor**. In: KOBAYASHI, Maria do Carmo Monteiro. (org.). Educação de Jovens e adultos UNESP/ALFASOL: contextos e práticas. Bauru: Canal6, 2008. p. 13-57.

VASCONCELOS, E. M. **Espiritualidade na educação em saúde**. Cad. Cedes UNICAMP, 2009. v. 29. p. 323-334. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 15 fev. 2018.

VIEIRA, Flávia. **Formação reflexiva de professores e pedagogia para a autonomia**: Para a constituição de um quadro ético e conceptual da supervisão. In: VIEIRA, F.; MOREIRA, M. A.; BARBOSA, I.; PAIVA, M.; FERNANDES, I. S. Fernandes. No caleidoscópio da supervisão: imagens da formação e da pedagogia. Mangualde: Edições Pedagogo (2ª ed., 1ª ed. 2006), pp. 15-45, 2010a.

VOLCAN, S. M. A. *et al.* **Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal**. Revista de Saúde Pública, 2003.v.37, n. 4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400008. Acesso em: 08 abr. 2018.

ZILLES, U. **Espiritualidade Cristã**. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C.; SILVA, J. D. T. Espiritualidade e qualidade de vida. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Questionário n.º

Data de / / preenchimento

1. Idade

2. Gênero

- Masculino
- Feminino

3. Nacionalidade

- Brasileira
- Outra.

Especifique: _____

4. Estado civil

- Solteiro/a
- Casado/União estável
- Viúvo/a
- Divorciado/a

5. Educação

- Sem instrução
- Ensino fundamental
- Ensino médio
- Ensino superior

6. Emprego

- Empregado
- Desempregado
- Aposentado (por idade)
- Aposentado (por invalidez)
- Outro. Indique: _____

7. Profissão

8. Origem do vencimento / remuneração

- Trabalho formal
- Trabalho informal
- Benefício de prestação continuada
- Aposentadoria/pensão
- Remuneração ocasional
- Heranças
- Outro. Indique: _____

9. Religião:

- Não
- Sim. Indique qual: _____

10. Considera-se uma pessoa religiosa?

- Não
- Sim, mas não muito
- Sim

11. Possui algum problema de saúde que exija recorrer periodicamente aos serviços de saúde?

- Não
- Sim. Indique qual:
 - Infeciosa
 - Neurológica
 - Cardiovascular
 - Hematológica
 - Respiratória
 - Digestiva
 - Geniturinária
 - Endócrina / metabólica
 - Musculoesquelética/osteoarticular
 - Alérgica
 - Dermatológica
 - Oftálmica
 - Otorrinolaringológica
 - Doença mental
 - Demência
 - Outro. Indique _____

12. Há quantos anos foi diagnosticada esta doença?

13. Recorre habitualmente aos serviços de saúde para acompanhamento clínico?

- Não
- Sim. Periodicidade:
 - 1x por ano
 - 2x por ano
 - Mensalmente
 - Semanalmente

14. Toma medicamentos regularmente para a sua doença?

- Não
- Sim. Que tipo de medicamentos?
Por _____ favor, _____ indique
quais _____

15. ATIVIDADES E ESTILO DE VIDA

a) Fuma?

- Não
- Sim. Nº de cigarros por dia _____

b) Consome álcool?

- Não
- Sim. N° de copos por dia _____ (200 ml)

c) Participa de atividades recreativas?

- Não. Porquê?
 - Falta de motivação
 - Falta de companhia
 - Limitações físicas
 - Falta de informação

d) Faz atividade física?

- Sim.
Quais _____
- Não. Porquê?
 - Falta de motivação
 - Falta de companhia
 - Limitações físicas
 - Falta de informação

16. Dependência no autocuidado (capacidade de cuidar de si próprio/a)

- Não
- Sim. Nas seguintes:
 - Banho
 - Comer e beber
 - Dormir e descansar
 - Vestir e despir
 - Higiene
 - Ir ao quarto de banho

17. Necessidades de apoio de terceiros:

- Sim Qual? _____
- Não

17.1 Serviços sociais

- Médicos
- Enfermeiros
- Médicos e enfermeiros
- Outro: Qual? _____
- Não se aplica

17.2 Serviços de saúde

- Diário
- Mais do que uma vez por dia
- Semanal
- Mais do que uma vez por semana

APÊNDICE C – ESCALA DE NECESSIDADES ESPIRITUAIS E SATISFAÇÃO COM A VIDA

	A pergunta seguinte remete para a sua satisfação com diferentes aspectos da sua vida. Indique a melhor resposta para cada um desses aspectos. Eu classificaria assim a minha satisfação com os seguintes aspectos...	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Na maioria das vezes insatisfeita	Misto (igualmente satisfeito e insatisfeito)	Na maioria das vezes satisfeita	Satisfeito	Muito satisfeito
H1	A minha vida...							
H2	Os meus relacionamentos ...							
H3	Situação na escola/local de trabalho ..							
H4	Comigo mesmo...							
H5	Local onde vivo...							
H6	A minha vida em geral ...							
H7	A minha situação financeira...							
H8	As minhas perspectivas para o futuro...							
G1	A minha situação de saúde....							
G3	As minhas capacidades para lidar com as situações do quotidiano...							
G4	A minha vitalidade/ capacidade física...							

	Questões adicionais suporte social...							
C1	Apoio do meu parceiro/a...							
C2	Apoio dos familiares.....							
C3	Apoio da rede de amigos ...							
R1	A relação com o meu parceiro(a) ...							

	Questões adicionais sobre relações com os colegas...							
T1	Apoio dos meus colegas de trabalho...							
T2	Apoio dos meus superiores...							
T3	Reconhecimento por parte dos meus colegas de trabalho.....							
T4	Reconhecimento por parte do meu superior ...							
T5	Solidariedade do meu grupo de trabalho...							

Concordância de sete pontos desde muito insastifeito para muito satisfeito.

Pontuados de 0 min e 120 pontos no máximo. Transformados em percentual 120, equivale a 100%.

Escores maiores <50% satisfeito e Escores menores \geq 50%insastifeito

APÊNDICE D – INVENTÁRIO BREVE DE SINTOMAS

A seguir encontram-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFETOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder. Em que medida foi afetado nos seguintes sintomas?

		Nunca	Poucas Vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1	Nervosismo ou tensão interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Desmaios ou tonturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ter a impressão de que as outras pessoas controlam os seus pensamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ter a ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maior parte dos seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Dificuldades em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Aborrecer-se e irritar-se com facilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Dores sobre o coração ou no peito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Sentir medo na rua ou nos espaços abertos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Pensamentos de acabar com a vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Perder o apetite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Ter medo subitamente sem ter motivo para isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ter impulsos que não consegue controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Sentir-se sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Sentir-se triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Em que medida foi afetado nos seguintes sintomas?	Nunca	Poucas Vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
18	Não ter interesse por nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Sentir-se atemorizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Sentir-se inferior aos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Vontade de vomitar ou mal estar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Ter a impressão de que os outros o costumam observar e falar de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25	Ter dificuldade em adormecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Dificuldade em tomar decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Medo de viajar de trem ou ônibus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Sensação de que lhe falta o ar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Calafrios ou fogachos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causar medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Sensação de vazio na cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Sensação de anestesia ou de formigueliro no corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Sentir-se sem esperança em relação ao futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Ter dificuldade em se concentrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Sentir falta de forças em partes do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Sentir em estado de tensão ou aflição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Em que medida foi afetado nos seguintes sintomas?	Nunca	Poucas Vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
39	Ter pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Ter impulsos de bater, ofender ou fazer mal a alguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo, nas lojas, cinemas, mercados, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44	Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Ter ataques de terror ou pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	Envolver-se facilmente em discussões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49	Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	Sentir que não tem valor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51	Ter a impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52	Ter sentimentos de culpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53	Ter a impressão de que alguma coisa está mal na sua cabeça ou no seu espírito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Três níveis globais para perturbações mentais: 1. Índice Geral de sintomas, 2. Total de sintomas positivos e 3. Índice de sintomas positivos e Nove dimensões dos sintomas psicopatológicos.

APÊNDICE E – ITEM DE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Indique em que medida concorda ou discorda delas colocando um círculo na opção que melhor traduz a resposta mais apropriada. Não há respostas certas ou erradas. Medidas referentes: ≥ 8 alta adesão, 6-8 média adesão < 6 baixa adesão.

Quanto ao seu tratamento...

				Sim	Não
1. Por vezes esquece-se de tomar os medicamentos para a sua doença?					
				Sim	Não
2. Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que não tomou os seus remédios?					
				Sim	Não
3. Alguma vez decidiu suspender a sua medicação sem informar o seu médico, porque se sentia pior quando a tomava?					
				Sim	Não
4. Quando viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar os seus medicamentos?					
				Sim	Não
5. Tomou os seus medicamentos ontem?					
				Sim	Não
6. Quando sente que o seu problema de saúde parece estar sob controle, por vezes deixa de tomar os remédios?					
				Sim	Não
7. Tomar medicamentos todos os dias é por vezes considerado um inconveniente para algumas pessoas. Já se sentiu incomodado em aderir ao seu regime terapêutico?					
				Sim	Não
8. Com que frequência tem dificuldade em se lembrar de tomar a sua medicação?					
Nunca/ Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Habitualmente	Sempre	

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor/ Prezada senhora,

Eu, Kátissa Galgania Feitosa Coutinho Rodrigues, RG 273802993SSPCE, estou realizando uma pesquisa intitulada “Nível de bem-estar espiritual em adeptos de religiões de matrizes africanas”. O objetivo geral do estudo é “Mensurar o nível de bem estar espiritual em adeptos de religiões de matrizes africanas, especificamente, o candomblé e a umbanda ” e como objetivos específicos: “Traçar o perfil sociodemográfico dos adeptos de religiões de matrizes africanas; Avaliar o nível de necessidades espirituais e satisfação com a vida dos participantes da pesquisa; Identificar a presença de estresse psicológico nos participantes do estudo; Avaliar a adesão ao regime terapêutico dos participantes do estudo com doença crônica; Correlacionar o nível de bem-estar espiritual com o perfil sociodemográfico; Propor planos de aula para os temas transversais relacionados à saúde e à pluralidade cultural. O senhor/A senhora está sendo convidado/a a participar por identificar-se como adepto da umbanda ou do candomblé. Assim, este estudo terá como benefício ampliar o conhecimento sobre a saúde integral de grupos populacionais específicos, o que pode subsidiar a tomada de decisão dos profissionais de saúde no momento da implementação de cuidados em saúde. Quantos aos riscos, estes serão mínimos habituais, sobretudo de constrangimento durante a aplicação dos formulários. Entretanto, para reduzi-lo, será proporcionado um ambiente reservado, individualizado, bem como agendamento conforme sua disponibilidade.

Desta forma, estou lhe convidando para participar deste estudo. Caso você concorde, precisarei aplicar formulários junto a sua pessoa com informações pessoais, suas condições econômicas e sociais, seu bem-estar espiritual, suas necessidades espirituais e de satisfação com a vida, seus sintomas emocionais e se necessário, sua adesão ao regime terapêutico. Solicitamos, também, sua autorização para apresentação dos dados em eventos da área da saúde e publicações em revistas científicas.

Embora você não receba benefícios financeiros por sua participação, suas informações serão importantes e poderão contribuir para melhorias da assistência à saúde. A sua participação nesta pesquisa é voluntária, e, portanto, o senhor/a senhora não é obrigado/a fornecer as informações nem colaborar com as atividades solicitadas.

Caso a/o Sra./Sr. aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou desistir após ter iniciado a participação, também não haverá modificações na assistência que vem recebendo pelos

serviços de saúde. As informações registradas ficarão arquivadas e sob a responsabilidade do pesquisador. Garantimos que todas as informações serão confidenciais. Seu nome será mantido em sigilo para garantir o caráter confidencial das suas informações.

O pesquisador e o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) estão à disposição para quaisquer esclarecimentos. Caso tenha alguma dúvida sobre os objetivos da pesquisa ou os métodos utilizados na mesma, manter contato com o pesquisador ou com o CEP conforme endereços abaixo:

Pesquisadora: Kátissa Galgania Feitosa Coutinho Rodrigues Fone: (88) 99834 4117, e-mail: katissagalgania@yahoo.com.br

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA). Fone: (88) 3102 1212, e-mail: cep@urca.br

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

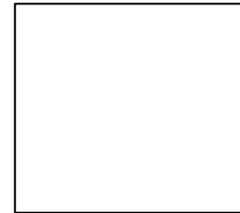
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sra./o Sr.

_____,
declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pela pesquisadora, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Crato-CE. _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante



ou Representante legal

ANEXOS

ANEXO A – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO ÉTICA (CAAE)

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas Educativas no Ensino de Ciências para Estudantes com Deficiência Visual do Ensino Fundamental

Pesquisador: SEBASTIANA MICAELA AMORIM LEMOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 85277318.1.0000.5055

Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.654.264

Apresentação do Projeto:

Esse estudo terá como objetivo realizar práticas educativas de Ciências com estudantes deficientes visuais do ensino fundamental proporcionando conhecimento científico. A proposta de metodologia será a abordagem qualitativa com estratégias descritivas, exploratória e explicativa, voltado para pesquisa-ação. Nessa perspectiva serão realizadas entrevistas semiestruturadas não diretivas com esses estudantes, analisando o antes e depois da prática educativa, identificando as contribuições alcançadas, bem como a importância da experiência no processo de ensino-aprendizagem. Os resultados esperados com a realização desse trabalho é a inclusão dos estudantes deficientes visuais no conhecimento científico, proporcionando o processo de ensino-aprendizagem em Ciências de forma qualitativa e mais igualitária, possibilitando que esses alunos muitas vezes excluídos desse processo tenha a mesma oportunidade na educação.

Dessa forma, ainda são imensos os desafios a vencer, como ampliação do acesso à educação básica, assim como o respeito e a valorização da diversidade existente nas escolas. Iremos conhecer e observar o campo em estudo que serão as escolas públicas de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha que apresentam estudantes com deficiência visual. Dessa forma, também observaremos o dia a dia dos estudantes com deficiência visual nas aulas de Ciências, enfatizando o processo de ensino e de aprendizagem, a possibilidades de aulas práticas em que eles estejam participando, para entendermos e refletirmos sobre os principais problemas no ensino de Ciências voltado as

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta **CEP:** 63.105-000
UF: CE **Município:** CRATO
Telefone: (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br

Continuação do Parecer: 2.654.264

crianças deficientes visuais. Investigar se as aulas de ciências possuem práticas pedagógicas inclusivas, de que maneira os estudantes deficientes visuais participam, como são realizadas, o local, os objetivos, os recursos, se fazem pergunta, interagem. Sobre as práticas pedagógicas realizadas nas aulas de ciências, serão observados os materiais utilizados, se estão em 3D, alto-relevo e/ou adaptados para cegos. Essa etapa é caracterizada pela pesquisa de campo exploratória. Depois dessa etapa, começaremos a intervenção com a confecção de materiais pedagógicos em 3D, alto relevo, com assuntos variados sobre ciências para o estudante cego, de acordo com seu ano escolar e o assunto de sala de aula. Partindo do pressuposto de características da pesquisa-ação ao que se pretende com o projeto, podemos observar a relevância que apresenta no ponto de vista do conhecimento científico que será desenvolvido na área de educação inclusiva oportunizando estudantes que apresentam deficiência visual adquirirem uma aprendizagem significativa no ensino de ciências, (Ausubel, et al, 1980) possibilitando a formação de indivíduos mais críticos e participativos da vida escolar. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas não diretivas com esses estudantes, analisando o antes e depois da prática educativa, identificando as contribuições alcançadas, bem como a importância da experiência no processo de ensino-aprendizagem. Ao final, os materiais pedagógicos confeccionados serão doados as escolas para que outros estudantes deficientes visuais possam participar de forma ativa das atividades pedagógicas fortalecendo o processo de ensino-aprendizagem em ciências.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Realizar práticas educativas de ciências com estudantes deficientes visuais proporcionando conhecimento científico.

Objetivo Secundário:

- Investigar a presença e/ou ausência de aulas práticas de ciências que envolva também os estudantes deficientes visuais.
- Intervir no processo pedagógico de ciências com a confecção de materiais didáticos adaptados aos estudantes deficientes visuais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco mínimo, ou seja, desconforto decorrente da timidez, visto que o (a) participante irá expor o ponto de vista a perguntas sobre as aulas de ciências, a importância de práticas educativas, a necessidade de materiais/recurso didáticos em ciências adaptados aos estudantes deficientes visuais e acessibilidade da escola. Sendo minimizados com a avaliação do percurso metodológico

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

Continuação do Parecer: 2.654.264

constantemente durante o processo de intervenção. Analise de forma crítica os processos realizados para o desenvolvimento do projeto e respeito aos sujeitos da pesquisa.

Benefícios:

Nos propomos a desenvolver um trabalho de intervenção com um delineamento estratégico, dinâmico, com uma investigação participativa, proporcionando conhecimento científico aos estudantes com deficiência visual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante e ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados.

Recomendações:

Sem pendências. Em observância a resolução Número 510/16-XI-d- O pesquisador responsável deve encaminhar para Plataforma Brasil o relatório final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1072090.pdf	08/05/2018 14:03:50		Aceito
Outros	declaracaoanuencia.pdf	08/05/2018 14:02:37	SEBASTIANA MICAELA AMORIM LEMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	08/05/2018 14:01:57	SEBASTIANA MICAELA AMORIM LEMOS	Aceito
Outros	justificativadotermodeassentimento.pdf	08/04/2018 11:06:21	SEBASTIANA MICAELA AMORIM LEMOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocarimbada.pdf	08/04/2018 11:05:40	SEBASTIANA MICAELA AMORIM LEMOS	Aceito
Outros	termodeassentimento1.pdf	14/03/2018 11:41:48	SEBASTIANA MICAELA AMORIM LEMOS	Aceito
Outros	oficio.pdf	25/02/2018 09:25:22	SEBASTIANA MICAELA AMORIM	Aceito

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 2.654.264

Outros	oficio.pdf	25/02/2018 09:25:22	LEMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/02/2018 09:24:18	SEBASTIANA MICAELA AMORIM LEMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRATO, 15 de Maio de 2018

Edilma Gomes Rocha Cavalcante

Assinado por:

Edilma Gomes Rocha Cavalcante
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000
UF: CE Município: CRATO
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: oep@urca.br

ANEXO B – ARTIGO REVISTA ID ONLINE v. 13, n. 45 (2019) - SUPLEMENTO I INTITULADO: BEM ESTAR ESPIRITUAL EM ADEPTOS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS E SUA RELAÇÃO COM O CURRÍCULO ESCOLAR



Comment

Bem-Estar Espiritual em adeptos de Religiões de Matrizes Africanas e sua Relação com o Currículo Escolar

Kátissa Galgania Feitosa Coutinho Rodrigues¹; Glauberto da Silva Quirino²

Resumo: O presente artigo trata de temas complexos como a espiritualidade e a educação, com enfoque nos aspectos relacionados ao currículo escolar e adeptos de religiões de matrizes africanas. Está inserido no contexto de uma pesquisa do Mestrado Profissional em Educação da Universidade Regional do Cariri-CE, intitulada: Nível de Bem-estar espiritual em adeptos de religiões de matrizes africanas, De acordo com Godoy (2012), há necessidade de ampliação do currículo para que, por meio de sua implementação, prevaleça atitudes éticas, interculturais, incluídas e coerentes entre a palavra e a ação de maneira inter e transdisciplinar através de uma consciência e responsabilidade consigo, com os outros e com a natureza. A construção curricular do ensino constitui aspectos culturais e ideológicos adaptados de acordo com os parâmetros e elementos políticos, econômicos e sociais. Sendo arrebatado de desigualdades ideológicas e históricas. Desta maneira, propõe-se neste estudo dialogar sobre o bem-estar espiritual e o currículo no contexto afrodescendente, esmerado por autores como: Dussel (2007), Ponce (2008), Godoy (2004;2012), Espírito-Santo (2008), Cury (2002), Yared (2009), Lukoff (2003), Silva (1999), Moreira (1994; 2001; 2003) que dissertaram sobre a relação entre a educação, espiritualidade e currículo na perspectiva da alteridade, solidariedade, libertação, liberdade de pensamento, cultura, educação fundante de cidadania, educação enquanto cultura, fé, consciência, responsabilidade e teorias curriculares buscando entender como essas dimensões curriculares e o bem estar espiritual influenciam na vida das pessoas.

Palavras chaves: Espiritualidade. Religiões de Matrizes Africanas. Currículo.

Spiritual Welfare in African Matrix Religion Members and its Relationship with the School Curriculum Summary

Abstract: This article deals with complex themes such as spirituality and education, with a focus on aspects related to the school curriculum and adherents of religions of African matrices. It is inserted in the context of a research of the Professional Master's Degree in Education of the Regional University of Cariri-CE, entitled: Level of spiritual well-being in adherents of religions of African matrices, According to Godoy (2012), there is a need to extend the curriculum so that, through its implementation, ethical, intercultural, inclusive and coherent attitudes between word and action prevail in an inter and transdisciplinary way through an awareness and responsibility with others, and with nature. The curricular construction of education constitutes cultural and ideological aspects adapted according to parâmetros and political, economic and social elements. Being snatched from ideological and historical inequalities. In this way, it is proposed in this study to discuss spiritual well-being and the curriculum in the Afrodescendant context, with the help of authors such as: Dussel (2007), Ponce (2008), Godoy (2004; 2012), Espírito-Santo, Cury (2002), Yared (2009), Lukoff (2003), Silva (1999), Moreira (1994, 2001, 2003) who discussed the relationship between education, spirituality and curriculum in the perspective of alterity, solidarity, freedom of thought, culture, founding education of citizenship, education as you worship, faith, conscience, responsibility and curricular theories trying to understand how these curricular dimensions and spiritual well-being influence people's lives.

Keywords: Spirituality. African Matrix Religions. Curriculum.

¹ Psicóloga. Especialista em Psicologia Aplicada a Educação (URCA). Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Educação da Universidade Regional do Cariri (URCA). E-mail: katissagalagania@yahoo.com.br;

² Enfermeiro. Pós-doutorado em Enfermagem (UFC). Doutor em Educação em Ciências Químicas da Vida e Saúde (UFSM). Professor adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). Professor adjunto do Mestrado Profissional em Educação (URCA). E-mail: Glauberto.quirino@urca.br.

**ANEXO C- PRODUTO FINAL DA DISSERTAÇÃO - POETISA: SALLY
LACERDA**

POESIA EDUCATIVA: RELIGIÕES AFRICANAS

1

Tum, tum, tum bate o tambor
Lá no centro do terreiro,
Anunciando a todos
-Venham correndo, ligeiro,
Começar a cantoria
Canta João, canta Maria
Nas rodas de Juazeiro.

2

São oferendas e flores
Músicas e devoção,
Ferve a espiritualidade
Muita fé e religião,
Os santos daquele altar
Chamados de Orixás
É que guiam a oração.

3

Nas terras de meu Padim
Não se reza só bendito,
Não tem só sala de santo,
Tem terreiro e eu visito,
Pois somos miscigenados
Africanos misturados,
Em umbanda eu acredito.

4

Já houve muito tabu
Chamavam de bruxaria,
Perseguram e mataram
Quem no tambor batia,
Às vezes, o diferente
Parece errado pra gente,
Incomoda e contraria.

5

Mas com a educação,
A formal e informal,
Esclarece o cidadão
Que ninguém é igual,
Pois não tem certo e errado
Tudo é abençoado,
No sentido espiritual.

6

O que vale é o bem estar
Sentir-se acolhido, amado,
Renovar as energias,
Deixar os problemas de lado,
Não importa a religião
É o amor no coração,
Que precisa ser buscado.

7

Seja candomblé ou umbanda
Todo mundo tem direito,
A um reconhecimento,
A rezar e ao respeito,
Preto-velho ou pomba-gira,
Caboclo baixa e inspira,
A acabar com o preconceito.

8

Um dia até se pensou
Nos nomes do santos mudar,
Santa Barbara por Iansã
Conceição, por Iemanjá.
Chega de Sincretismo,
Viva sua crença sem cinismo,
Deus está em todo lugar.

9

Então vamos divulgar
Essa ideia importante,
Ensine a quem puder
Leve a mensagem adiante,
Que a FÉ não pode faltar,
Há diversas formas de orar.
Respeite seu semelhante!