



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

CAIO EDUARDO DE ARAUJO FARIAS

**CRENÇAS E COMPORTAMENTOS MÁGICOS E RELIGIOSOS NO PROCESSO
DE SAÚDE-DOENÇA DE USUÁRIOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
CAMPINA GRANDE - PB: DAS CAUSAS DO ADOECIMENTO AOS MÉTODOS DE
TRATAMENTO**

Campina Grande – PB
Março – 2024

CAIO EDUARDO DE ARAUJO FARIAS

**CRENÇAS E COMPORTAMENTOS MÁGICOS E RELIGIOSOS NO
PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA DE USUÁRIOS DE ATENÇÃO PRIMARIA
À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE - PB: DAS CAUSAS DO ADOECIMENTO
AOS MÉTODOS DE TRATAMENTO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho

Campina Grande – PB
2024

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F224c Farias, Caio Eduardo de Araujo.

Crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde -doença de usuários de atenção primária à saúde em Campina Grande -PB [manuscrito] : das causas do adoecimento aos métodos de tratamento / Caio Eduardo de Araujo Farias. - 2024.

81 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.

"Orientação : Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho, Departamento de Enfermagem - CCBS. "

1. Cultura popular. 2. Crenças religiosas. 3. Atenção primária à saúde. 4. Processo saúde e doença. I. Título

21. ed. CDD 306

CAIO EDUARDO DE ARAUJO FARIAS

CRENÇAS E COMPORTAMENTOS MÁGICOS E RELIGIOSOS NO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA DE USUÁRIOS DE ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE - PB: DAS CAUSAS DO ADOECIMENTO AOS MÉTODOS DE TRATAMENTO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

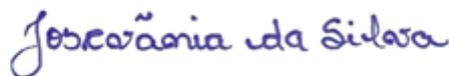
Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Saúde

Aprovada em 14/03/2024

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Ardigleusa Alves Coelho
Universidade Estadual da Paraíba –UEPB
Professora Orientadora e Presidente da Banca examinadora



Prof. Dra. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro interno



Prof. Dr. Leconte de Lisle Coelho Junior
Universidade Mauricio de Nassau – UNINASSAU

Este trabalho é dedicado a *Dúvida* e a todas as *Perguntas* que vieram após ela.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho e, conseqüentemente, deste curso de mestrado deve sua realização a uma lista interminável de fatores, frente aos quais este parágrafo, muito resumidamente se faz necessário. Agradeço ao *Início*, que tornou o *Tempo* e o *Espaço* possíveis; a *Gravidade* que deu forma ao *Universo*; a *Estrela Sol* que mantém e aquece nosso planeta na borda ocidental mais brega desta *Galáxia*; ao esférico *Planeta Terra* que abrigou e alimentou as primeiras formas de *Vida*; a *Mutação* que permitiu a variabilidade genética dos *Organismos*; a *Extinção* que de tempos em tempos passa por aqui e impulsiona a *Evolução* para caminhos diferentes; aos *Mamíferos* que sobreviveram e ainda sobrevivem na atualidade; aos *Primatas* que riscaram as paredes e contaram as primeiras *Estórias*; aos *Sapiens* que nem sempre felizmente povoaram esse mundo; as *Crenças* que criaram a magia do *Sonhar*; e a *Dúvida* que acendeu as velas no escuro.

Agradeço portanto ao resultado probabilístico do todo antes citado; aos meus *Pais*, que me permitiram o privilégio de estudar; a minha *Irmã*, com quem aprendi a compartilhar; a minha *Esposa*, que suportou minha ausência durante a pesquisa e escrita do trabalho; aos meus *Professores* que me explicaram sobre o funcionamento do mundo; a *Sociedade Secreta Pau de Rola e Convidados*, o grupo improvável de amigos virtuais mais citado em trabalhos acadêmicos até a presente data; ao *Mundo de Beakman* que me ensinou que em nossa esfera natural tudo vem de, e vai para, algum lugar; aos *Contadores de estórias* que me fizeram acreditar na *Magia*; e aos *Cientistas* que me ensinaram a duvidar de todas elas.

Agradeço, por fim, aos colaboradores do trabalho; à *Professora Ardigleusa Coêlho*, minha orientadora, que me permitiu estudar aquilo que eu desejava; aos *Professores Leconte Coelho Júnior e Josevânia da Silva*, membros da banca avaliadora, que apontaram os erros a serem corrigidos; a todos os *Entrevistados* que responderam o longo questionário da pesquisa; a *Mozart*, colega de pós-graduação, que me ajudou com a aplicação dos questionários; a *Leonardo*, amigo, que ouviu os desabafos necessários ao percurso; a impressora *Epson L4260* que, com sua imprescindível função de impressão frente e verso, imprimiu ao longo de duas noites cerca de 1400 páginas de questionários e termos de consentimento livre esclarecido; e ao notebook *Dell – Inspiron 5458*, vendido a mim com 43% de desconto por estar com defeito, no ano de 2016, e ainda em funcionamento, através do qual este trabalho foi escrito.

RESUMO

As crenças influenciam na forma com as pessoas se relacionam, percebem a realidade, organizam e explicam a si e ao mundo, são formadas por processos cognitivos inatos aos indivíduos e influenciada pelos contextos socioculturais. Tais processos não são isentos de erros e equívocos, por vezes acarretando correlações falsas e inferências equivocadas e alheias a realidade material, resultando na formação de crenças mágicas. Os pensamentos e comportamentos mágicos adentram-se ao processo de saúde doença, influenciando na forma como as pessoas compreendem o adoecimento, suas causas, meios de tratamento e no processo de adesão ou não adesão a comportamentos preventivos e de tratamento em saúde. Com objetivo de mapear e conhecer crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas adotados no processo saúde-doença pelos usuários da estratégia saúde da família de Campina Grande-PB, foi conduzida uma pesquisa de campo, de caráter transversal, descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa. Foram incluídos no estudo 100 usuários, com idade de 20 anos ou mais, vinculados a equipes da estratégia saúde da família. A coleta de dados foi realizada através de entrevista, utilizando um questionário contendo variáveis sociodemográficas e uma Escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos, tipo *likert*. Foi realizada análise estatística descritiva para os dados sociodemográficos. A técnica de Análise Fatorial Exploratória foi usada para extração dos fatores oriundos da Escala de Likert. Para verificar a correlação entre características sociodemográficas e crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas foi utilizado Teste de Spearman. Entre os 100 usuários entrevistados, obteve-se 79% do sexo feminino, 57% com idade entre 20 e 49 anos, 86% autodeclarado cristão e 69%, renda familiar de um salário-mínimo (39%), ensino médio completo (36%). A Análise fatorial exploratória resultou na extração de seis fatores agrupados em três categorias: explicação do adoecimento; tratamento de saúde; prevenção de doenças. Os fatores ‘Influência das emoções’ (carga fatorial entre 0,520 e 0,666), ‘Influência espiritual’ (carga fatorial entre 0,525 e 0,736); ‘Tratamento centrado na fé e na religião’ (carga fatorial entre 0,592 e 0,797); e ‘Prevenção à variação de temperatura’ (carga fatorial entre 0,635 e 0,887) obtiveram elevada concordância entre os participantes. A correlação entre características demográficas e os fatores relacionadas a crenças evidenciou que os participantes com ensino médio completo tenderam a uma menor adesão às crenças mágicas; participantes cristãos apresentaram maior adesão a crenças religiosas; com aumento da idade, há menor adesão a algumas crenças e maior adesão a outras; quanto maior a renda dos participantes, menor a adesão às crenças mágicas. Os achados evidenciam que as crenças e comportamentos mágicos e religiosos estão presentes no cotidiano do usuários da atenção primária à saúde e que as características sociodemográficas exerceram influência sobre os níveis de adesão a crenças e comportamentos mágicos e religiosos. Espera-se que estudos futuros consigam estudar e explorar a temática com uma maior acurácia sociocultural.

Palavras-chave: Cultura popular; crenças religiosas; atenção primária à saúde; processo saúde-doença.

ABSTRACT

Beliefs influence the way people relate, perceive reality, organize and explain themselves and the world, and because they are formed by cognitive processes innate to individuals and influenced by sociocultural contexts. Such processes are not free of errors and misunderstandings, sometimes leading to false correlations and erroneous inferences that are alien to material reality, resulting in the formation of magical beliefs. Magical thoughts and behaviors enter the health-disease process, influencing the way people understand illness, its causes, means of treatment and the process of adherence or non-adherence to preventive behaviors and health treatment. In order to map and know beliefs, superstitious behaviors and magical practices adopted in the health-disease process by users of the family health strategy in Campina Grande-PB, it was conducted a cross-sectional, descriptive, exploratory field research with a quantitative approach. The study included 100 users, aged 20 years or older, linked to family health teams. The data collection was carried out through interviews, using a questionnaire, containing sociodemographic variables and a Likert scale of magical and religious beliefs and behaviors. A descriptive statistical analysis was performed for sociodemographic data. An exploratory Factor Analysis was used to extract the factors from the Likert Scale. A Spearman's test was used to verify the correlation between sociodemographic characteristics and beliefs, superstitious behaviors and magical practices. Among the 100 users interviewed, 79% were female, 57% were between 20 and 49 years old, 86% self-declared Christian, family income of one minimum wage (39%), complete high school (36%). The exploratory factorial analysis resulted in the extraction of six factors grouped into three categories: explanation of the illness; health treatment; disease prevention. The factors 'Influence of emotions' (factor load between 0.520 and 0.666), 'Spiritual influence' (factor load between 0.525 and 0.736); 'Faith- and religion-centered treatment' (factor load between 0.592 and 0.797); and 'Prevention of temperature variation' (factor load between 0.635 and 0.887) obtained high agreement among the participants. The correlation between demographic characteristics and factors related to beliefs showed that participants with complete high school education tended to have lower adherence to magical beliefs; Christian participants showed greater adherence to religious beliefs; with increasing age, there is less adherence to some beliefs and greater adherence to others; The higher the income of the participants, the lower the adherence to magical beliefs. The findings show that magical and religious beliefs and behaviors are present in the daily lives of primary health care users and that sociodemographic characteristics exerted an influence on the levels of adherence to magical and religious beliefs and behaviors. It is hoped that future studies will be able to study and explore the theme with greater sociocultural accuracy.

Keywords: Popular culture; religious beliefs; primary health care; health-disease process.

SUMÁRIO

Introdução	09
Capítulo 1	13
1 Referencial teórico	13
1.1 A magia na medicina popular.....	13
1.2 O aspecto mágico da religião acerca dos processos de saúde	15
1.3 A magia nas práticas formais de cuidados em saúde	16
1.4 As práticas mágicas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC.....	17
Capítulo 2	18
2 Procedimentos metodológicos	18
2.1 Delineamento da pesquisa	18
2.2 Local da pesquisa	18
2.3 Participantes.....	18
2.4 Instrumentos	19
2.5 Procedimento de coleta e análise de dados	20
2.6 Aspectos éticos	22
Capítulo 3	22
Artigo 1 – Crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo saúde-doença: um estudo transversal.....	22
3.1 Introdução	23
3.2 Método	25
3.3 Resultados	27
3.4 Discussão.....	33
3.5 Considerações Finais.....	39
Referências	40
Capítulo 4	43
Artigo 2 - Correlação entre características sociodemográficas e crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo saúde-doença.....	43
4.1 Introdução	44
4.2 Método	46
4.3 Resultados.....	48
4.4 Discussão	56

4.5 Considerações Finais	61
Referências	61
5 Considerações finais.....	65
Referências	66
Apêndice	70
Anexos	75

1 INTRODUÇÃO

Há cerca de 70 mil anos o *Homo Sapiens* passou por um momento evolutivo denominado revolução cognitiva, momento este em que se tornou capaz de produzir e reproduzir culturas, sendo estas caracterizadas por um conjunto complexo de elementos produzidos e cultivados pela espécie, tomando como exemplo a construção e transmissão de conhecimentos, artes, morais, leis, costumes, linguagem e crenças (Harari, 2016).

A elaboração e produção de fenômenos complexos apenas fez-se possível pelo sucesso evolutivo do encéfalo humano, que possibilitou ao *Homo Sapiens*, quando comparado à outras espécies, uma vantagem adaptativa nos quesitos de conhecimento do mundo, modificação do ambiente, resolução de problemas, tomadas de decisão e a metaconsciência, fenômeno este capacita e possibilita a compreensão acerca do modo de pensar e construir conhecimento do ser humano (Herculano-Houzel, 2017).

Dentre os elementos componentes do fenômeno humano, a manifestação de crenças possui relação substancial com o modo em que as pessoas elaboram suas produções, compreendem, sentem e agem diante do mundo que os cercam (Shermer, 2012). No campo da psicologia social, crença pode ser entendida como qualquer afirmativa feita por alguma pessoa, obtida mediante experiência própria e encarada como verdadeira. As crenças possuem conteúdo simbólico e podem ser compreendidas como representações mentais, relacionando-se com os processos cognitivos, afetivos, motivacionais e conativos em geral. Além disso, é imprescindível destacar que as crenças norteiam pensamentos e condutas, exercendo influência sobre fenômenos como tomada de decisão, adesão a condutas e comportamentos sociais, vivência das experiências cotidianas e nos sentidos construídos e atribuídos a estas experiências (Krüger, 2013).

Rodrigues et al. (2015), evidenciaram o papel das crenças em diversos fenômenos compreendidos e estudados pela psicologia social, sendo esta fundamental ao funcionamento dos fenômenos de representação social, atitudes, categorização social, rotulação e preconceito. Estes elementos, como aponta Rodrigues et. al. (2015), estão amplamente presentes e são determinantes nas relações sociais, sejam estas relações interpessoais ou intergrupais. Apesar da crença ser construída a nível individual, ela frequentemente se ampara e toma para si elementos e informações colhidas do meio social ao qual o indivíduo está inserido, como explica Shermer (2012).

Amparado pela ótica da psicologia evolutiva, Shermer (2011) aponta que a capacidade cognitiva de gerar crenças garantiu a espécie humana a vantagem adaptativa da aprendizagem por associação, sendo então selecionada através do processo de seleção natural sofrido pela espécie ao longo de toda sua história evolutiva. Contudo, o motor de crença, como ele chama todo o processo de uma forma geral, não é isento de erro e correlações falsas, podendo o mesmo mecanismo, sob certas circunstâncias, culminar na construção de um pensamento mágico/supersticioso e, sob outras, no pensamento científico.

Frente a isto, uma crença mágica pode ser definida como o ato de se acreditar em uma correlação causal equivocada entre fatos e elementos que não exercem efeito ou influência entre si no campo da realidade (Shermer, 2012); tal qual ao ato de atribuir a existência de essências que extrapolam os limites das propriedades físicas dos objetos e seres, bem como a crença na interação e influência dessas essências sobre outros objetos e seres; e no ato de atribuir a objetos e elementos naturais propriedades e características que pertencem a outra ordem natural, como atribuir a objetos inanimados característica próprias de seres vivos, a exemplo do pensamento animista (Hood, 2012)

O presente estudo entende que a crença mágica ou pensamento mágico pode exercer papel central no modo como as pessoas pensam e agem em relação ao meio em que vivem, influenciando sua visão de mundo e são utilizadas como explicação para diversos eventos. Os comportamentos decorrentes desse sistema de crença, como o comportamento supersticioso, místico e religioso são amplamente encontrados em diversas culturas. O espaço físico geográfico e os elementos socioculturais influenciam, diretamente, no processo de construção do pensamento mágico e, conseqüentemente do comportamento mágico, através dos quais o indivíduo compreende, explica e age diante da realidade (Hood, 2012).

As crenças e comportamentos mágicos que adentram os processos de saúde e abrangem não apenas a compreensão e explicação de doenças, mas também habitam em crenças voltadas às causas o adoecimento e aos métodos de tratamentos. No tocante a compreensão acerca do adoecimento, podemos destacar que alguns pacientes com quadros de epilepsia, embora diagnosticados e tratados, compreendem que seus sintomas advêm de uma maldição ou mal espiritual (Gummit, 1997). O mesmo ocorre frente a doenças psiquiátricas, para as quais frequentemente encontra-se explicações de cunho espiritual ou mágico para a apresentação dos sintomas (Devinsky & Penry, 1993). Além disso, destaca-se a crença de que os astros celestes exercem influência sobre a saúde da população, de modo que a lua cheia é atribuída como responsável pelo aumento do número de partos (Grasel et al., 2018), e que a sua presença influencia e provoca os surtos psicóticos (Belleville, Dixon, Foldes-Busque & CIA, 2013).

Algumas superstições e crenças mágicas se voltam às causas e explicações para o adoecimento, a exemplo do contágio de hemorroidas ao sentar-se sobre o assento aquecido pelo corpo de outra pessoa que lá estava sentada anteriormente; o consumo de manga junto ao leite; molhar-se com água quente da torneira causando gripes e resfriados; e adoecimentos relacionados ao contato direto com variações de temperatura, causando em geral acidentes vasculares, a exemplo do ato de tomar um copo de água após ingerir um alimento quente, se expor a corrente de ar após o banho quente, colocar os pés descalços sobre o piso frio ao chegar em casa em um dia ensolarado, ou tomar banho ao sentir o ‘calor da menopausa’ (Conte, 2016).

Há ainda aqueles pensamentos e comportamentos mágicos relacionados ao tratamento de doenças ou melhora de aspectos relacionados a saúde que são amplamente utilizados na medicina popular, a exemplo da utilização de alimentos que possuem formato fálico como afrodisíacos; a utilização de nozes para o tratamento de dor de cabeça, efeito associado pela similaridade do formato dessas nozes ao cérebro; a planta Dedaleia, por possuir flores manchadas que se assemelham a pulmões doentes, foi inicialmente utilizada como remédio para doenças respiratórias; o coco do mar, romã e figos, por possuírem formato semelhante ao quadril feminino, são consumido com o intuito de propiciar a fertilidade (Hood, 2012).

Embora determinados sistemas de crenças mágicas possam resultar em comportamentos positivos em saúde, a exemplo da crença da ‘quebra do resguardo’, que preconiza que mulheres que pariram a pouco tempo permaneçam em repouso absoluto, dando-lhe tempo necessário para recuperação e garanta ajuda social para os cuidados com o recém-nascido (Siqueira, 2003), é importante salientar que o oposto também é possível. Pensamentos supersticiosos, religiosos, ou a crença em formas de tratamento alternativos e populares podem provocar o afastamento, evitação ou recusa a procedimentos de saúde e meios de tratamento resolutivos e amparados por estudos científicos, com destaques a tratamentos difíceis, de longa duração e com diversos efeitos colaterais, como as terapias adotadas para os tratamentos de Cânceres (Johson, Gross, Park & Yu, 2018).

Não obstante, é possível destacar que as crenças mágicas para determinados tipos de tratamentos podem resultar em práticas realmente nocivas às sociedades. Pitcher e Bowley (2002) apontam a crença de que a AIDS pode ser curada através da relação sexual com meninas virgens como uma das explicações para os fortes índices de violência sexual contra jovens com menos de 15 anos, na África do Sul, violência essa que pode ser potencializada pelo desespero de pessoas doentes em busca da cura.

Diante dessa problemática, Vasconcelos (2009) ressalta a importância de se ater e trabalhar com as crenças populares e religiosas dentro de um processo de educação popular em

saúde, tendo em vista o desenvolvimento de ações em saúde que considerem o contexto de vivência das pessoas, de modo em que o conhecimento e compreensão desse fenômeno propicie a aproximação entre o saber técnico-científico e o saber popular, de forma acolhedora e não confrontativa, auxiliando no estímulo de práticas de saber popular benéficas a saúde e desestímulo aquelas que se mostram prejudiciais.

Atualmente, o Sistema Único de Saúde – SUS, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNICs, em vistas a promover uma saúde integral a toda população, busca integrar aos serviços de saúde diversas práticas que abarcam parte da medicina popular e outros tratamentos de saúde alternativos frente a tratamentos da medicina convencional (Brasil, 2018a; Martins et al, 2021), dentre os quais muitas possuem princípios teóricos e práticos que se fundamentam em crenças e pensamentos mágicos (Barrio, Barros, Contatore & cia, 2015).

Nessa perspectiva, o presente estudo pretende responder ao seguinte questionamento: Quais as crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas e religiosas que presentes no processo saúde-doença de usuários da estratégia saúde da família, e o nível de adesão a elas?

Diante da questão que norteou esta pesquisa, o presente estudo objetivou mapear e conhecer crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas adotados no processo saúde-doença por usuários da estratégia saúde da família da cidade de Campina Grande no estado da Paraíba e de modo mais específico, identificar e caracterizar a presença de crenças e comportamentos mágicos e religiosas para explicação de adoecimento, tratamento e prevenção em usuários da estratégia saúde da família. A pesquisa buscou também investigar a existência de correlações entre as características sociodemográficas e presença de crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas no cotidiano de usuários da atenção primária à Saúde.

Destaca-se a relevância do estudo uma vez que a identificação e o mapeamento de crenças e comportamentos mágicos e religiosos são amplamente difundidos na comunidade e os resultados do estudo poderão contribuir no processo de planejamento de estratégias e programas voltadas aos cuidados em saúde, levando em consideração a maneira como já compreendem e lidam com seu processo saúde-doença. Além disso, essa investigação se adequa ao ideal de compreensão global em saúde, alinhando-se a perspectiva proposta pela Psicologia da Saúde, uma vez que as crenças e pensamentos compõem o aspecto subjetivo da psicologia dos indivíduos, e esses embasam as tendências de compreensão dos fenômenos vivenciados, emocionais, e influenciam nos posicionamentos e comportamentos adotados (Beck, 2021).

Torna-se, portanto, imprescindível destacar a importância da dimensão psicológica nos processos de saúde, compreensão essa partilhada e defendida pela Psicologia da Saúde, que ressalta a ideia de que a compreensão dos processos de saúde, como adoecimentos, tratamentos, prevenção, devem ser entendidos e estudados numa perspectiva global, integrando conhecimentos e elementos oriundos do campo social, psicológico e biológico (Castro & Remor, 2018; Ribeiro, 2011).

A atual dissertação, elaborada em formato de artigo, encontra-se estruturada nos seguintes capítulos: O **Capítulo 1** apresenta o Referencial teórico, que aborda os seguintes aspectos: a magia na medicina popular, o aspecto mágico da religião acerca dos processos de saúde, a magia nas práticas formais de cuidados em saúde e as práticas mágicas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. O **Capítulo 2** descreve os procedimentos metodológicos, com detalhes das etapas e processos utilizados para realização do estudo. No **Capítulo 3**, encontra-se o primeiro artigo, intitulado “Crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo saúde-doença: um estudo transversal”. No **Capítulo 4**, o segundo artigo, intitulado “Correlação entre características sociodemográficas e crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo saúde-doença”. Por fim, o trabalho encerra com a apresentação das considerações finais.

CAPÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A magia na medicina popular

A compreensão mágica do adoecimento remete aos primórdios da civilização, época em que os conhecimentos acerca da temática da saúde ainda não haviam sido crivados pelos métodos técnicos e científicos que deram origem às ciências e a medicina moderna. Desse modo, havia em grande medida a predominância de variadas explicações e tratamentos para as mais diversas doenças, estas descoladas em causalidade das realidades, hoje conhecidas acerca da biologia dos organismos e pelas ciências da saúde, focando em causas e tratamentos místicos. O adoecimento de uma pessoa poderia ser apontado como influência maligna proveniente de demônios e espíritos, ou mesmo de ação espiritual maldosa advindo de outro ser humano, através de feitiços e maldições, em exemplo (Straub, 2014).

Neste meio, figuras como Xamãs e Feiticeiros poderiam exercer papel central frente aos cuidados com a saúde das comunidades, por serem referências para doentes e familiares que buscavam explicações, orientações, prescrições, tratamentos ou rituais, desejando a cura ou a prevenção a possíveis adoecimentos (Straub, 2014). Apesar do avanço tecnológico, técnico e

científico na área da saúde desenvolvido ao longo do século XX e XXI, figuras como curandeiros e benzedoras ainda se fazem frequentes no Brasil na atualidade (Floresta & Souza, 2022; Oliveira & Trovão, 2009), muito embora, por vezes, a profissão seja posta em descrédito ou vista de forma pejorativa, sobretudo por entidades religiosas como a igreja católica (Floresta & Souza, 2022).

Diversas crenças, superstições e tratamentos permeiam a cultura brasileira, compondo um folclore vivo no tocante ao âmbito da saúde, difundidas em maior parte por tradição oral, compõem aquilo que pode ser chamado de Medicina Popular (Feichas, Schweickardt, & Ferla, 2020), sendo encontrada em registros de diversas produções culturais e acadêmicas, com destaque aos compêndios ou dicionários que visam, ora categorizar e registrar para fins de estudo e preservação cultural, como é o caso de pesquisas acadêmicas sobre a cultura dos povos, ora para difundir e tornar acessível os conhecimentos tradicionais oriundos dos diversos contextos sociais populares (Casudo, 1967).

A medicina popular desenvolvida no nordeste brasileiro possui como principais influenciadores às culturas indígenas da região e às culturas europeias e africanas, de modo que a influência de uma pode se sobressair diante de outra a depender da região demográfica, e, em igual modo, acerca da prevalência dos tipos de práticas e crenças mágicas presentes entre os habitantes das regiões (Bocuto, Mor, Teixeira, 2022; Campos, 1967).

Diante das crenças e práticas mágicas acerca do adoecimento reunidas através da vasta pesquisa realizada por Campos (1967) e publicadas no compêndio “Medicina Popular do Nordeste”, podemos organizá-las e separá-las em algumas categorias gerais, sendo elas: **1.** Crenças na influência dos astros celestes nos processos de saúde, seja promovendo curas, agravando doenças, ou afetando o processo gestacional; **2.** Crenças de que o ar possui o poder de causar doenças, sobretudo quando associados a variações de temperatura para quente ou para frio; **3.** Crença em doenças de origem e tratamento pela via espiritual, a exemplo de rituais, rezas e orações; **4.** Crença nos tratamentos oriundos de poderes vindos do reino vegetal, como essências, folhas, raízes ou galhos que podem ser ingeridos ou passados pelo corpo, e tratamento oriundos de poderes do reino animal, a exemplo partes ou fluidos e secreções de animais que podem ser consumidos, aplicados e passados sobre o corpo; **5.** A crença no uso de amuletos e objetos produzidos com o intuito de gerar proteção contra o adoecimento, tratar doenças, ou servir de oferendas às entidades espirituais que propiciaram a cura do enfermo, bem como impedir que tal moléstia recaia novamente sobre o sujeito (Campos, 1967).

1.2 O aspecto mágico da religião acerca dos processos de saúde

No escopo das mais diversas religiões é possível encontrar crenças, pensamentos e comportamentos de ordem mágica, estando-os institucionalizado pelos dogmas e doutrinas ou mesmo habitando o imaginário e vivência cultural dos fiéis. Orações, amuletos, rituais, óleos essenciais, cura pelo toque, promessas, superstições, pensamentos e crenças mágicas compõem tanto a experiência religiosa dos povos, quanto o folclore e a medicina popular e alternativa. Dessa forma não há diferenciação efetiva conceitual entre crença, pensamento e comportamento religioso e mágico (Shermer, 2012; Hood, 2012).

Contudo, crenças mágicas religiosas e populares podem ser diferenciadas, para fins de melhor categorização, através das características que tangem a sua origem. As crenças e comportamentos religiosos encontram-se institucionalizados, são apreendidos, repassados e validados a partir de uma norma institucional, previamente definida, gozando de geral consenso e de caráter invariável; já as crenças e comportamentos mágicos difundidos de maneira popular são adquiridas por experiência própria ou através do folclore popular, não seguem doutrinas e contam com bastante variabilidade, sejam estas culturais ou pessoais (Costa, 2020).

O processo de saúde e adoecimento é um tema recorrente nas experiências, literaturas e tradições religiosas de uma forma geral. A religião predominante em território brasileiro, o cristianismo, com grande frequência apresenta narrativas que buscam explicar o adoecimento, uma vez que nesta tradição religiosa o sofrimento humano advém da existência do pecado, tendo sua origem relatada no Livro de Genesis. A doença também pode ser encarada como forma de castigo ou punição, como citado no livro Apocalipse da Bíblia Sagrada, punição esta que será trazida ao mundo pelo Cavaleiro que, dentre os quatro anunciados, representa a peste/doença (A bíblia, 2020). Em outro momento da Bíblia Sagrada, no livro de Jó, a doença é apresentada como elemento de provação, ao qual o enfermo deve suportar o sofrimento do corpo sem negar ou virar-se contra Deus (A bíblia, 2020). Em diversos outros momentos nos evangelhos de Lucas, Mateus, Marcos e João observa-se a figura de Cristo, acreditado como filho direto de Deus, curando doenças e deficiências direta, e indiretamente (A bíblia, 2020). Para além da literatura religiosa, como aponta Souza (2019), observa-se na cultura brasileira uma vasta presença da crença religiosa de que Jesus Cristo, após morto e ressuscitado, continua a curar e auxiliar no tratamento de seus fiéis, seja através da fé, ou de rituais religiosos.

A tradição espírita, como outro exemplo, compreende que o ser humano está saudável quando se encontra em harmonia com as leis divinas, de modo que o organismo funcionará adequadamente quando o espírito está em equilíbrio, uma vez que a saúde do corpo reflete a

condição espiritual (Silva et al. 2021). O espiritismo kardecista possui em seu escopo uma forte tradição de tratamentos espirituais, organizados quase sempre em torno da figura do médium que, através da influência de espíritos evoluídos, prescreve tratamentos e, ou, realiza rituais (Ramos, Papa & Cherchi Jr., 2021).

Dentre as práticas realizadas no cristianismo, é comum a existência de rituais de cura de doenças física e doença espiritual, com muita frequência realizados de forma coletiva nos templos sagrados (Oliveira, 2021); as promessas realizadas às entidades divinas ou santificadas em busca de graças e milagres (Corrêa & Torres, 2021); a realização de orações e, ou, outras intervenções religiosas em ambientes voltados ao tratamento de doenças a exemplo dos hospitais (Vernin et al. 2019).

De modo que as crenças e práticas religiosas fazem parte e compõem as experiências de caráter mágico e místico do ser humano, ambos, pensamento mágico e pensamento religioso, serão encarados em unicidade ao longo desse estudo. As práticas e crenças religiosas, portanto, serão enquadrados como crenças e comportamentos mágicos, junto as crenças, práticas mágicas e superstições populares.

1.3 A magia nas práticas formais de cuidados em saúde

As práticas mágicas não estão presentes apenas no ambiente popular e religioso, mas também na compreensão do cuidados em saúde em ambiente acadêmico e profissional, através de práticas fundamentadas em constructos teóricos que seguem princípios e crenças mágicas, que não se ancoram de forma sólida em conhecimentos científicos construídos por disciplinas como biologia, física, psicologia, química, geografia, sociologia, que são responsáveis pela compreensão científica dos processos de saúde e adoecimento, nem se propõem, ou falham na aplicação, a utilizar do método científico para verificar e validar de suas teorias e práticas (Pilati, 2018).

Algumas práticas, fundamentadas em sistemas de crenças e princípios mágicos, adotaram, ao longo do tempo, termos e roupagem de disciplinas científicas, como forma de legitimar seus conhecimentos e validar suas práticas socialmente, trajando-se como práticas fundamentadas e reconhecida pela ciência, muito embora detenham em si princípios e mecanismos de ação não falseáveis, inverificáveis, ou incompatível com conhecimentos científicos já consolidados e, quando submetidas a experimentos empíricos, não conseguem demonstrar sua efetividade, tendo resultados inconclusivos ou mesmo completamente negativos ao seu funcionamento. Estas práticas recebem o nome de Pseudociências (Pilati, 2018). Dentre as práticas formais que adotam princípios mágicos podemos citar acupuntura,

homeopatia, reflexologia podal, reiki, imposição de mão, terapia de florais, aromaterapia e medicina antroposofica (Brasil, 2006; 2017;2018b;2021).

1.4 As práticas mágicas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC

A institucionalização da PNPIC no SUS é resultado de avanços teóricos e práticos na temática da saúde que passaram a ser discutidas em diversas conferências, vindo a compor as diretrizes e recomendações propostas pela Organização Mundial de Saúde – OMS, a exemplo da compreensão de uma saúde ampliada, que é entendida como o bem-estar das dimensões biológicas, sociais, psicológicas e espirituais dos indivíduos e populações; a atenção holística em saúde, bem como a compreensão da necessidade de promoção e atenção à saúde inter e multiprofissional, também compõem esta perspectiva (Brasil, 2015).

No ano de 2003, foi formado o primeiro grupo de trabalho no país para pensar e planejar a PNPIC, contendo representantes de práticas medicinais alternativas, sendo estas as organizações nacionais de homeopatia, fitoterapia, acupuntura e medicina antroposófica (Brasil, 2015). Apenas no ano de 2006, o documento final referente a implementação da PNPIC foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo posteriormente publicada oficialmente através das Portarias Ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (Brasil, 2015).

As PNPIC contemplam tanto práticas e conhecimento da medicina tradicional, bem como da medicina alternativa, também chamada atualmente de complementar. Possuem como motivadores para sua idealização, o estímulo ao uso de remédios naturais com poder preventivo, e propiciadores da recuperação em saúde, com ênfase também a processos de escuta e acolhimento dos usuários, vínculo terapêutico e integração do ser humano-ambiente-sociedade (Tesser, Souza & Nascimento, 2021). Para além disso, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) partilham em sua epistemologia a visão ampliada de saúde-doença, promoção global nos cuidados com o ser humano e nos processos de autocuidado (Brasil, 2015).

Atualmente, a PNPIC compreende o reconhecimento de 29 práticas que podem ser oferecidas como tratamento complementar pelos serviços de saúde, das quais muitas não apresentam, até o momento, evidências científicas sólidas quanto a sua eficácia ou para consolidação dos seus constructos teóricos e práticos (Conselho Federal de Medicina, 2018), dentre elas, cabe destacar que algumas práticas que possuem viés mágico teórico e/ou prático: homeopatia, imposição de mãos, terapia de florais, aromaterapia, medicina antroposófica, reiki, acupuntura, osteopatia, termalismo, geoterapia, bioenergética e naturopatia (Brasil, 2006; 2017; 2018b; 2021). Muito embora estas práticas não possuam validação científica, é notável que

costumeiramente os usuários desses tratamentos relatem sentir melhoras em suas sintomatologias, no aspecto emocional, e nos níveis de estresse e relaxamento (Posso, 2021).

Barrio et al. (2015) afirmam que estudos com maior rigor científico ainda necessitam ser realizados visando investigar se as melhoras relatadas diferem ou ultrapassam aquelas obtidas através do efeito placebo, o que já não é o caso para muitas dessas práticas, a exemplo do, Reiki, terapia de florais, imposição de mãos, aromaterapia que não apenas carecem de eficácia demonstrável como os seus princípios e teorias explicativas se mostram equivocados ou incompatíveis com os conhecimentos científicos atuais. Embora uma resposta positiva possa ser obtida em caráter subjetivo diante da aplicação de tais técnicas, os efeitos apresentados por elas no tocante ao tratamento das enfermidades as quais são indicados, não superam aqueles obtidos pelo placebo (Barrio, Barros, Contatore & Cia, 2015).

CAPÍTULO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 Delineamento da pesquisa

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de campo, de caráter transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa.

2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em Campina Grande, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com estratégia de saúde da família implantada. A cidade localiza-se no agreste do estado da Paraíba, no planalto da Borborema, sendo a segunda maior cidade do estado e com população de 419.379 pessoas (IBGE, 2024). Em se tratando de uma cidade ampla, conta com rede de saúde constituída por serviços de atenção primária, secundária e terciária. A rede de serviços de atenção primária sob gestão municipal é constituída por 92 Centros de saúde/Unidades de Saúde e 8 Centros de Atenção Psicossocial dispostas geograficamente em sete distritos sanitários (Brasil, 2022). No município estão implantadas 120 Equipes da Estratégia Saúde da Família, com 323.134 pessoas cadastradas, que em dezembro de 2023 correspondia a 78,56% de cobertura populacional do município (Brasil, 2024).

2.3 Participantes

Os participantes do estudo foram 100 usuários vinculados a 7 equipes de saúde da família (eSF) do município de Campina Grande-PB, cuja amostra foi calculada com base na seguinte fórmula (Malhotra et al, 2005):

$$n = \frac{\pi (1-\pi) z^2}{D^2}$$

Onde:

n = número de indivíduo da amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado (1,96 / 95%).

π = Desvio-padrão da população (π estimado)

D = Nível de precisão

Para seleção dos participantes foi sorteada uma equipe de saúde da família (eSf) por Distrito Sanitário. Foram incluídos no estudo usuários cadastrados nas eSF sorteadas com idade igual ou superior a 20 anos, em atendimento ou a espera de atendimento na unidade básica de saúde durante a coleta de dados. Foram excluídos do estudo, usuários que apresentaram dificuldades cognitivas ao entendimento e resposta ao questionário ou cuja resposta não atendia ao objetivo da pesquisa.

2.4 Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário (Apêndice A) contendo duas partes. A primeira, apresenta as variáveis para **caracterização sociodemográfica** (idade, gênero, estado civil, religião, escolaridade, situação de trabalho, e renda familiar). A segunda parte contém questões relacionadas a crenças e comportamentos mágicos e religiosos, nomeado de **Escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde-doença**, elaborado com base na revisão de literatura e estruturado segundo escala ordinal (escala de Likert), expressa em uma escala de concordância contendo quatro itens, no qual 1 corresponde a “Discordo totalmente” e 4 corresponde a “Concordo Totalmente”.

Em ausência de escala preexistente na literatura adaptada ao contexto cultural estudado, se fez necessária a elaboração e construção de uma escala que atendesse aos objetivos do estudo. Para este fim, as afirmativas selecionadas e introduzidas na escala foram colhidas de fontes diversas: artigos acadêmicos; reportagens; páginas de internet; sites; livros; e o conhecimento popular difundido por tradição oral da região (A bíblia, 2020); (Afinal, será que pegar friagem pode me deixar doente?, 2019); (Belleville, Dixon, Foldes-Busque & CIA, 2013); (Campos, 1967); (Conte, 2016); (Costa, 2022); (Devinsky & Penry, 1993); (Grasel et al., 2018); (Gummit, 1997); (Hood, 2012); (Leite, n. d.); (Magalhães, 2021); (Monteiro, 2022); (Outros Saberes,

2006); (Kobayashi, n.d.); (Seixas, 2017); (Shermer,2012); (Silva et al. 2021); (Simon et al. 2019); (Souza, 2009); (Thomas, n.d.).

2.5 Procedimento de coleta e análise dos dados

Foram realizadas visitas as unidades de saúde sorteadas para o estudo e, no ambiente da sala de espera os usuários que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, após serem informados sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa, de forma voluntária, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Inicialmente o pesquisador sorteou uma UBS de forma completamente aleatória, na qual realizou um teste piloto do questionário para verificar a adequação e compreensão dos participantes sobre o conteúdo das questões contidas na escala. O estudo piloto mostrou a necessidade de redução da quantidade de assertivas do questionário para torná-lo mais objetivo e de fácil aplicação.

Após a realização do teste piloto, foi iniciada a coleta de dados propriamente dita, em cada UBS sorteada, com aplicação do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) de forma individual e em local que assegurava a privacidade do participante. Os questionários foram numerados em arábico por ordem crescente à medida que foram aplicados visando manter o anonimato dos participantes. A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2023, em cinco UBS de Distritos Sanitários distintos.

Os dados coletados através da escala *likert* foram inseridos em um banco de dados, junto aos dados obtidos através das variáveis sociodemográficas, visando a obtenção da caracterização do perfil dos participantes, foram submetidas a análise de estatística descritiva.

Para identificação e caracterização da presença de pensamentos e crenças mágicas e religiosas na explicação de adoecimentos pelos usuários da estratégia saúde da família, os dados da **Escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos** no processo de saúde-doença foram analisados por meio de Análise Fatorial Exploratória – AFE, sendo esta uma técnica estatística multivariada de interdependência que possibilita a redução e sumarização de um número grande de dados (Malhotra, 2005). Assim, em função da quantidade de assertivas contidas na escala, justifica-se a escolha da AFE nesse estudo.

Para realização da AFE, as variáveis de entrada foram as 45 questões do questionário relacionadas as crenças e comportamentos mágicos e religiosos distribuídas em três categorias (explicação do adoecimento, tratamento de saúde e prevenção em saúde), em que os

participantes atribuíram uma nota entre 1 (discordo totalmente) e 4 (concordo totalmente). Para fins de organização, as variáveis foram rotuladas por códigos que representam as categorias e numeração da assertivas contida nelas (CD1 a CD15 para explicação do adoecimento, TD1 a TD15 para tratamento em saúde e PD1 a PD15 para prevenção em saúde), conforme Quadro 1.

Para testar a confiabilidade dos dados e adequação dos dados para aplicação da AFE, foram aplicados o critério de Kaiser- Meyer-Olkin (KMO), e o teste de esfericidade de Bartlett; a retenção de fatores foram obtidas através do método *Scree plot*; e rotação ortogonal viramax visando uma melhor obtenção dos fatores latentes.

Quadro 1

Questões contidas no questionário 'Escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde-doença'

Código	Crenças voltadas a explicação do adoecimento
CD1	Existem doenças que possuem origem espiritual.
CD2	Doenças são castigos divinos.
CD3	Doenças podem ser causadas por mal olhado, praga, maldição ou feitiço.
CD4	Se expor ao ar frio do anoitecer ou amanhecer (sereno) faz mal à saúde
CD5	Sair de um ambiente quente diretamente para um ambiente frio pode causar trombozes (entortar a boca).
CD6	Se molhar ou beber água quente da torneira provoca doença respiratória.
CD7	Se uma mulher grávida olhar para um eclipse pode prejudicar a gestação.
CD8	A lua cheia agrava os quadros de doenças mentais.
CD9	A lua cheia induz gestantes a entrar em trabalho de parto.
CD10	Usar roupa de outra pessoa, mesmo estando totalmente limpas, pode causar doenças
CD11	Tocar em roupas de pessoas que já morreram, mesmo se tiverem limpas, podem trazer doenças
CD12	Sentar-se em lugares onde outra pessoa estava sentada anteriormente, enquanto o assento ainda quente, pode trazer doenças.
CD13	Guardar rancor pode causar doenças físicas ao corpo
CD14	Tomar susto grande provoca adoecimento mental
CD15	Pessoas mais estressadas tem mais chance de desenvolver câncer
Crenças voltadas a tratamentos de saúde	
TD1	A fé e a religião têm poder para curar doenças
TD2	Utilizo de orações e rezas dentro da minha religião para tratar problemas de saúde
TD3	Direciono meus desejos de melhora de saúde às pessoas que estão adoecidas
TD4	Realizo promessas buscando a cura de problemas de saúde.
TD5	Realizo tratamentos espirituais com ajuda de benzedeira ou rezadores
TD6	Utilizo chás feitos com plantas para o tratamento de doenças
TD7	Passo plantas pelo corpo, para tratamentos de saúde
TD8	Utilizo alimentos de origem animal como remédio para doenças.
TD9	As plantas possuem poder/energia/essência capaz de tratar doenças
TD10	Beber leite tira o efeito de envenenamento
TD11	Queimar a roupa do corpo da pessoa que teve convulsão cura ela da doença
TD12	Lambida de cachorro ajuda a cicatrizar feridas
TD13	Joguei dente de leite em cima da casa para que um novo cresça saudável
TD14	Tomar bebidas quentes ajuda a curar gripes e resfriados
TD15	É possível tirar a febre do corpo ao ficar em lugares muito quentes
Questões sobre prevenção de doenças	
PD1	Faço orações ou rezas de acordo com minha religião para manter boa saúde
PD2	Utilizo os serviços de benzedeiros para manter boa saúde

PD3	Tenho medalhas e objetos religiosos que me protegem contra doenças
PD4	Me benzo para me proteger de doenças.
PD5	Evito pisar descalço no chão frio para não adoecer
PD6	Evito tomar líquidos frios após comer comidas quentes, para evitar trombozes (entortar a boca).
PD7	Não me molho ou bebo água quente da torneira para não ficar doente
PD8	Bato na madeira para me proteger de problemas de saúde
PD9	Evito falar o nome de doenças para não atraí-las para mim
PD10	Utilizo cristais e pedras como amuletos para ter boa saúde
PD11	Mantenho em minha casa plantas que tem poder de proteção contra doenças
PD12	Utilizo de chás de plantas para manter boa saúde
PD13	Utilizo amuletos de proteção para me proteger de doenças
PD14	Evito me expor a correntes de ar após o banho quente para não adoecer
PD15	Não me molho com água quente da torneira para não ter gripe ou resfriado

Fonte: Banco de dados da pesquisa, Campina Grande, 2023.

Na análise da correlação entre características sociodemográficas dos usuários e as crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas presentes no processo saúde-doença foi utilizado o Coeficiente de correlação de Spearman, dada a natureza não paramétrica dos dados. Assim, foi realizada a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas (faixa etária, escolaridade, religião e renda) e os fatores extraídos pela AFE das variáveis da Escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde-doença.

Para realizar a análise bivariada, foi necessário a recategorização de algumas variáveis. Assim, as várias categorias originais da variável escolaridade foram recategorizada e condensadas em duas categorias: Ensino médio completo e Ensino médio incompleto; Religião em duas categorias: Cristãos e não cristãos. Os participantes que não responderam no quesito de Renda, foram excluídos no teste de correlação que contiveram essa variável.

As análises em questão foram realizadas no software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22, e R.2.5.3.

2.6 Aspectos éticos

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB), Parecer sob nº 5.563.948 (Anexo A) e foi conduzido observando os preceitos éticos que regulamenta estudos envolvendo seres humanos no Brasil, conforme preconizado na Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/2010 (BRASIL, 2012).

CAPÍTULO 3 – ARTIGO 1

CRENÇAS E COMPORTAMENTOS MÁGICOS E RELIGIOSOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

O estudo teve por objetivo identificar e caracterizar presença de crenças e comportamentos mágicos e religiosos para explicação de adoecimento, tratamento e prevenção em usuários da estratégia saúde da família. Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa. Foram entrevistados 100 usuários da estratégia saúde da família de Campina Grande-Paraíba para aplicação de questionário contendo variáveis sócio-demográficas e uma Escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde-doença. Foi utilizada a Análise Fatorial Exploratória – AFE para extração dos fatores relacionados a crenças e comportamentos mágicos e religiosos para explicação do adoecimento, tratamento e prevenção em saúde. Na amostra predominou mulheres (79%); idade entre 20 e 49 anos (57%); situação conjugal casado(a) (48%); raça/cor parda (58%); religião cristã (86%); renda familiar de um salário-mínimo (39%); ensino médio completo (36%). Os fatores influência das emoções (carga fatorial entre 0,520 e 0,666); Influência espiritual (carga fatorial entre 0,525 e 0,736); Tratamento centrado na fé e na religião (carga fatorial entre 0,592 e 0,797); e Prevenção à variação de temperatura (carga fatorial entre 0,635 e 0,887) obtiveram elevada concordância entre os participantes, evidenciando que as crenças e comportamentos mágicos e religiosos estão presentes no cotidiano do usuários da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Crenças religiosas; processo saúde-doença; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify and characterize the presence of magical and religious beliefs and behaviors to explain illness, treatment and prevention in users of the family health strategy. This is a cross-sectional study with a quantitative approach. A total of 100 users of the family health strategy in Campina Grande-Paraíba were interviewed to apply a questionnaire containing sociodemographic variables, a scale of magical and religious beliefs and behaviors in the health-disease process. The Exploratory Factor Analysis (EFA) was used to extract factors related to magical and religious beliefs and behaviors to explain illness, treatment and health prevention. In the sample, there were women (79%), aged between 20 and 49 years (57%), married marital status (48%), brown race/color (58%), Christian religion (86%), family income of one minimum wage (39%), complete high school (36%). The factors influence of emotions (factor load between 0.520 and 0.666), spiritual influence (factor load between 0.525 and 0.736); faith- and religion-centered treatment (factor load between 0.592 and 0.797); and prevention of temperature variation (factor load between 0.635 and 0.887) obtained high agreement among the participants, showing that magical and religious beliefs and behaviors are present in the daily life of primary health care users.

Keywords: Religious beliefs; health-disease process; family health strategy.

3.1 INTRODUÇÃO

As potencialidades da espécie humana, ao longo da sua história evolutiva,

proporcionaram transformações muito relevantes e importantes tanto ao meio natural que a cerca, como ao seu meio social. Dentre as potencialidades, está a capacidade cognitiva e comportamental de produzir, reproduzir e gerar cultura, que, por sua vez, é caracterizada pela existência de um complexo conjunto de elementos construídos e difundidos pela própria espécie, tais como o desenvolvimento e transmissão de conhecimentos, produções e veiculações artísticas, difusão de jogos, regras e normas sociais, preceitos morais e éticos, linguagem e, o elemento objeto desse estudo, as crenças (Harari, 2016).

A ciência psicológica define crença como sendo qualquer declaração/afirmativa feita por uma pessoa, que se origina a partir da sua experiência pessoal e é encarada como verdadeira, sendo que a origem dessa experiência pode ser de ordem *perceptiva* e *cognitiva*. A origem *perceptiva* remete ao processo psicológico de obtenção de conteúdos e informações a partir das vias sensoriais, já a origem *cognitiva* remete a um sistema composto por processos psicológicos que possibilitam os atos de se obter, interpretar, reter, recuperar, processar e comunicar informações. As declarações/afirmativas componentes das crenças expressam percepções e compreensões sobre o funcionamento do mundo em que vivemos, se apresentam em sentenças afirmativas ou negativas, e são encaradas de forma convicta como verdadeiras pelas pessoas que as possuem (Krüger, 2013).

As crenças podem ser resultado do aprendizado por associação e se mostram eficazes e eficientes para construção de um conhecimento adquirido de forma rápida, econômica e duradoura, uma vez que as crenças tendem a se manter até que novos processos de aprendizado surjam para modificá-las, ou seja, formar novas crenças (Shermer, 2012).

Muito embora, em perspectiva subjetiva, as crenças obtidas pelos indivíduos sejam encaradas como verdadeiras e, por vezes, inquestionáveis por eles, nem sempre coincidem com o funcionamento do mundo real, trazendo visões, explicações, inferências e correlações equivocadas, já que o fenômeno da criticidade e avaliação racional das crenças se apresenta *a posteriori* ao fenômeno de criação e aquisição delas (Shermer, 2012). Krüger (2018) afirma que algumas crenças são destituídas de validade lógica ou empírica, constituindo-se como credíces, de modo que se pode criar e apreender crenças que mascaram e distorcem a percepção de mundo, influenciando a manifestação de diversos comportamentos de experiência mágica, tais como o sectarismo, o fanatismo e o comportamento supersticioso.

O presente estudo compreende crenças e práticas mágicas folclóricas e religiosas como manifestações místicas da experiência humana e funcionam com base nos mesmos processos psicológicos, como sustentam Shermer (2012), Hood (2012) e Krüger (2018). Porém, apesar disso, é possível distinguir e categorizar as crenças mágicas em duas categorias: crenças e

comportamentos religiosos institucionalizados, que são apreendidos, repassados e validados a partir de norma institucional, previamente definida, possuem consenso geral e se estruturam de forma rígida e invariável; e como crenças e comportamentos mágicos difundidos de maneira popular que são adquiridas através da experiência própria ou através da cultura e folclore popular, não seguem doutrinas e possuem bastante variabilidade em seu conteúdo, sejam estas variações observadas em grupos ou a nível individual (Costa, 2020).

As crenças e pensamentos mágicos e religiosos podem tornar-se presentes em diversos contextos e serem voltados a diversas temáticas, contudo, se relacionam de forma muito presente nos contextos e na temática da saúde, influenciando na forma como os sujeitos percebem e se comportam nos contextos relacionados a saúde, conforme apontado por diversos autores: impacto de crenças mágicas no contexto da pandemia de Covid-19 (Escolà-Gascón et al., 2020); o impacto de pseudociências do campo da saúde (Pasternk & Orsi, 2023); quando voltadas para explicação do adoecimento, encontramos um exemplo notável, ligado à tradição religiosa espírita, que apresenta a saúde do corpo como um reflexo da saúde espiritual, de modo que o organismo funciona bem conforme se age e se comporta de acordo com as leis divinas (Silva et al., 2021); quando relacionadas a tratamentos de saúde, podem ser elencados, em ambientes populares, os processos de benzedura e orientação de uso de ervas e produtos naturais, visando cura de enfermidades e melhorias nas condições de saúde (Assunção et al., 2020), e, em ambientes institucionalizados, observa-se a presença de orações e rituais de cura em templos religiosos (Oliveira, 2021; Corrêa & Torres, 2021).

Nessa perspectiva, a realização de um estudo sobre crenças e comportamentos mágicos e religiosos de uma população sobre os processos de saúde se torna relevante, pois permite uma aproximação das subjetividades culturais acerca de como os usuários da atenção primária à saúde compreendem e agem frente aos seus processos de saúde e adoecimento, e como essas crenças influenciam na tomada de decisões e na adoção de comportamentos para tratamento de doenças e prevenção em saúde. Neste sentido, o estudo tem por objetivo identificar e caracterizar a presença de crenças e comportamentos mágicos e religiosos para explicação de adoecimento, tratamento e prevenção em usuários da Estratégia Saúde da Família.

3.2 MÉTODO

3.2.1 Delineamento e local da pesquisa

Estudo tranversal, com abordagem quantitativa, sistematizado com base no checklist *The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)

statement.

A pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que sediam a Estratégia Saúde da Família – ESF, distribuídas nos Distritos Sanitários no município de Campina Grande-PB.

3.2.2 Participantes

Participaram da pesquisa 100 usuários da Estratégia Saúde da Família, selecionados de forma não probabilística, que atenderam aos critérios de elegibilidade (usuários cadastrados nas eSF, com idade igual ou superior a 20 anos, em atendimento ou à espera de atendimento na Unidade Básica de Saúde durante a coleta de dados), e que voluntariamente aceitaram participar do estudo.

3.2.3 Procedimento de coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2023, através de entrevistas, utilizando-se um questionário, contendo variáveis sociodemográficas (idade, gênero, estado civil, religião, escolaridade, situação ocupacional e renda familiar); e 45 questões sobre crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde-doença estruturadas em uma escala, tipo Likert, de quatro pontos, onde 1 corresponde a “Discordo totalmente” e 4 corresponde a “Concordo totalmente”.

Para a coleta dos dados foram realizadas visitas às UBS para recrutamento dos participantes elegíveis nos ambientes das salas de espera, os quais foram abordados e convidados a participar da pesquisa, e, após o aceite, procedeu-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Em seguida, o pesquisador realizou a aplicação do questionário, de forma individual, em local da UBS que assegurasse a privacidade do participante, os quais foram numerados em arábico por ordem crescente à medida que foram aplicados os questionários de modo a manter o anonimato dos participantes.

Os dados referentes às variáveis sociodemográficas foram analisadas através da estatística descritiva para caracterização da amostra estudada. As 45 questões do questionário relacionadas às crenças e comportamentos mágicos e religiosos elencadas em três categorias (explicação do adoecimento, tratamento de saúde e prevenção em saúde), em que os participantes atribuíram uma nota entre 1 (Discordo totalmente) e 4 (Concordo totalmente), foram submetidas à Análise Fatorial Exploratória – AFE, e para extração dos fatores relacionados à explicação do adoecimento foram nomeados como CD1 a CD15. As variáveis TD1 a TD15 foram analisadas para extração de fatores referentes a tratamentos de saúde, e na extração dos fatores relacionados à prevenção em saúde foram incluídas as variáveis designadas como PD1 a PD15.

O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett foram utilizados para verificar a confiabilidade e adequação dos dados. A retenção dos fatores foi obtida através do método *Scree plot* e rotação ortogonal Viramax.

3.2.4 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB), parecer sob nº 5.563.948, e conduzido em conformidade com os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, preconizados na Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2010 (Resolução n. 466, 2012).

3.3 RESULTADOS

Caracterização dos participantes

O perfil sociodemográfico dos 100 usuários participantes do estudo apresenta o predomínio de mulheres (79%), idade variando entre 20 e 60 anos ou mais, a maioria com idade entre 20 e 49 anos (57%), situação conjugal casado(a) (48%), raça/cor parda (58%), religião cristã (86%), com ocupação (48%), renda familiar de um salário-mínimo (39%), ensino médio completo (36%) (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização sociodemográficas dos Participantes, CampinaGrande/PB, 2023.

Variáveis	%
Gênero	
Masculino	21
Feminino	79
Faixa etária (em anos)	
20 a 49	57
50 a 59	16
60 anos ou mais	26
Situação conjugal	
Casado(a)	48
Solteiro(a)	29
Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a)	10
Viúvo	10
Outro	10
Raça/cor	
Branca	22
Preta	19
Parda	58
Outra	1

Religião	
Cristã	86
Espírita	1
Candomblé	1
Outra	12
Ocupação	
Possui trabalho	48
Não trabalha	33
Aposentado/pensionista	16
Não respondeu	3
Renda familiar (em salário-mínimo -SM)	
Menos de um SM	18
Um SM	39
Mais de um SM	30
Não respondeu	13
Escolaridade	
Não alfabetizado	3
Ensino fundamental incompleto	28
Ensino fundamental completo	11
Ensino médio incompleto	11
Ensino médio completo	36
Ensino superior incompleto	5
Ensino superior completo	5
Não respondeu	1

Fonte: Adaptado de Banco de dados, 2023.

Análise fatorial exploratória de crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo saúde-doença.

Inicialmente, foi realizado o processamento da análise fatorial para estimar a medida de adequação da amostra (*Measure of Sample Adequacy – MSA*), obtendo $KMO = 0,740$; teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$) para crenças e comportamentos mágicos e religiosos relacionados à explicação do adoecimento; $KMO = 0,667$, teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$) para crenças e comportamentos mágicos e religiosos relacionados a tratamentos de saúde; as crenças e comportamentos mágicos e religiosos para prevenção em saúde obtiveram $KMO = 0,741$; teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$). Valores de $KMO > 0,6$ **indicam a adequação da amostra para realização da análise fatorial** (Hair et al., 2005).

No segundo momento da análise fatorial, ao utilizar o método de extração de eixo principal e rotação ortogonal Viramax, foram extraídos cinco fatores (Eigenvalue ≥ 1), entre as variáveis relacionadas à explicação do adoecimento (CD1 a CD15); foi possível extrair até cinco fatores (Eigenvalue ≥ 1) nas variáveis referentes a tratamentos em saúde (TD1 a TD15),

porém, para efeito de análise, foram selecionados apenas os três primeiros fatores; para as variáveis relacionadas à prevenção em saúde (PD1 a PD15), foram escolhidos, para fins de análise, os 3 primeiros fatores dos quatro fatores possíveis (Elgenvalue ≥ 1).

As variáveis contidas em cada fator extraído foram selecionadas através dos valores de carga fatorial apresentados por cada uma delas, utilizando-se dos critérios da carga fatorial superior ou igual a 0,5, e a proximidade temática das variáveis de modo que pudessem formar fatores cujo conteúdo fosse coerente com as categorias analisadas.

Crenças e comportamentos mágicos e religiosos relacionados a explicações do adoecimento

Os fatores extraídos relacionados à explicações do adoecimento foram a influência da temperatura (variáveis com carga fatorial entre 0,607 e 0,663 e elevada discordância para a variável CD5), influência dos astros celestes (variáveis com carga fatorial em torno de 0,543 e 0,552 e elevada discordância), influência das emoções (carga fatorial das variáveis entre 0,520 e 0,666 e elevada concordância), influência espiritual (carga fatorial com variação de 0,525 e 0,736 entre as variáveis e elevada concordância) e influência essencialista (a variável CD11 apresentou carga fatorial de 0,863 e elevada discordância) (Tabela 2).

Tabela 2

Fatores extraídos para explicação do adoecimento, carga fatorial e percentual de concordância dos participantes, Campina Grande, 2023.

FATOR	Carga fatorial	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Fator 1 - Influência da temperatura		%	%%	%	%
CD5 - Sair de um ambiente quente diretamente para um ambiente frio pode causar trombozes (entortar a boca)	0,631	14	32	24	30
CD6 - Se molhar ou beber água quente da torneira provoca doença respiratória	0,607	3	30	16	15
CD12 - Sentar-se em lugares onde outra pessoa estava sentada anteriormente, enquanto o assento	0,663	42	39	14	5

ainda quente, pode trazer doenças.

Fator 2 - Influência dos astros celestes

CD7 - Se uma mulher grávida olhar para um eclipse pode prejudicar a gestação	0,543	42	5	12	41
CD9 - A lua cheia induz gestantes a entrar em trabalho de parto	0,552	9	19	49	23

Fator 3 - Influência das emoções

CD13 - Guardar rancor pode causar doenças físicas ao corpo	0,618	45	35	11	9
CD14 - Tomar susto grande provoca adoecimento mental	0,520	24	38	27	11%
CD15 - Pessoas mais estressadas tem mais chance de desenvolver câncer	0,666	32	39	22	7

Fator 4 Influência espiritual

CD1 - Existem doenças que possuem origem espiritual	0,736	28	41	24	7
CD3 - Doenças podem ser causadas por mal olhado, praga, maldição ou feitiço	0,525	22	36	26	16

Fator 5 – Influência essencialista

CD11 - Tocar em roupas de pessoas que já morreram, mesmo se tiverem limpas, podem trazer doenças	0,863	7	14	40	3
--	-------	---	----	----	---

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2023.

Crenças e comportamentos mágicos e religiosos relacionados a tratamentos de saúde

No tocante às crenças relacionadas a tratamentos de saúde, três fatores foram selecionados: tratamento centrado na fé e na religião (carga fatorial das variáveis entre 0,592 e 0,797 e grau de concordância elevado), tratamento com produtos naturais (variáveis com variação da carga fatorial entre 0,626 e 0,704 e com elevada discordância) e tratamento baseado em superstições (variáveis com carga fatorial entre 0,525 e 0,612 e com elevada discordância) (Tabela 3).

Para efeito de análise, considera-se tratamentos em saúde a realização de práticas de cuidado e tratamento para as enfermidades e condições de saúde visando a melhoria dos quadros apresentados.

Tabela 3

Fatores extraídos da categoria Tratamentos de saúde por carga fatorial e percentual de concordância dos participantes, Campina Grande, 2023.

Fator	Carga fatorial	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Fator 1 – Tratamentos centrado na fé e na religião					
		%	%	%	%
TD1 - A fé e a religião têm poder para curar doenças	0,797	65	29	3	3
TD2 - Utilizo de orações e rezas dentro da minha religião para tratar problemas de saúde	0,714	58	26	7	9
TD3 - Direciono meus desejos de melhora de saúde às pessoas que estão adoecidas	0,592	65	29	5	1
Fator 2 Tratamento com produtos naturais					
TD7 - Passo plantas pelo corpo, para tratamentos de saúde	0,626	7	9	22	62
TD8 - Utilizo alimentos de origem animal como remédio para doenças	0,704	3	16	26	55
Fator 3 Tratamento baseado em superstições					

TD11 - Queimar a roupa do corpo da pessoa que teve convulsão, a cura da doença	0,612	11	18	31	40
TD13 - Joguei dente de leite em cima da casa para que um novo cresça saudável	0,525	37	5	14	44

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2023.

Crenças e comportamentos mágicos e religiosos relacionados à prevenção em saúde

As crenças relacionadas à prevenção de doenças são representadas por três fatores: prevenção à variação de temperatura (carga fatorial entre 0,635 e 0,887 e elevada concordância entre as variáveis analisadas) prevenção através de uso de amuletos (carga fatorial entre 0,677 e 0,719 e elevada discordância para a variável PD13 - Utilizo amuletos de proteção para me proteger de doenças) e prevenção por uso de ritual religioso (carga fatorial = 0,841 e com elevada discordância) (Tabela 4).

Nesse estudo, a prevenção em saúde consiste na realização de práticas que buscam evitar o adoecimento ou melhorar a saúde.

Tabela 3

Fatores extraídos da categoria prevenção em saúde, carga fatorial e percentual de concordância dos participantes, Campina Grande, 2023.

Fator	Carga fatorial	Concordo totalmente	concordo	discordo	Discordo totalmente
Fator 1 – Prevenção à variação de temperatura		%	%	%	%
PD7 - Não me molho ou bebo água quente da torneira para não ficar doente	0,724	41	23	21	15
PD14 - Evito me expor a correntes de ar após o banho quente para não adoecer	0,635	36	23	19	22
PD15 - Não me molho com água quente da torneira para não ter gripe ou resfriado	0,887	46	18	20	16
Fator 2 – Prevenção através do uso de amuletos.					

PD3 - Tenho medalhas e objetos religiosos que me protegem contra doenças	0,719	60	10	9	21
PD10 - Utilizo cristais e pedras como amuletos para ter boa saúde	0,677	76	3	4	17
PD13 - Utilizo amuletos de proteção, para me proteger de doenças	0,711	8	6	17	69
Fator 3 – Prevenção por uso de ritual religioso.					
PD4 – Me benzo para me proteger de doenças	0,841	31	13	18	38

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2023.

3.4 DISCUSSÃO

A prevalência de mulheres no estudo pode estar relacionada às características culturais que diferenciam papéis de gênero no tocante a diversos temas na sociedade, incluindo no âmbito da saúde e nos cuidados familiares (Borsa & Nunes, 2011). Apesar dos diversos movimentos em busca de emancipação, representatividade e quebra de estereótipos sociais, esses papéis sociais ainda estão associados às mulheres na cultura brasileira, como destaca Borsa e Feil (2008), como os papéis sociais de cuidadoras e zeladoras do lar e da família, que refletem nas organizações sociais das famílias (Borsa & Nunes, 2011).

Outras explicações que podem ser elencadas, mas que não são excludentes entre si, acerca da baixa presença de homens nas unidades de saúde, elencadas por Lima e Aguiar (2020), diz respeito à escassez de políticas públicas voltadas para a saúde do homem, bem como de campanhas efetivas que promovam o incentivo à participação dos homens à frente dos próprios cuidados em saúde e nas questões familiares em saúde, a exemplo do planejamento familiar. As peculiaridades do público masculino, como os horários de trabalho que se mostram incompatíveis com o funcionamento das unidades de saúde em sua maioria e o comportamento por busca ao atendimento em caráter emergencial também foram apontados.

A partir da análise dos níveis de concordância com variáveis que compõem os fatores é possível a identificação da adesão ou não a crenças e comportamentos relacionados a saúde no contexto estudado.

A explicação do adoecimento, na perspectiva dos participantes do estudo, segundo as crenças e comportamentos mágicos e religiosos, são expressos por fatores que elencam a influência da temperatura, dos astros celestes, das emoções, além da influência espiritual e essencialista.

O fator 1 - *Influência da temperatura* corresponde a crenças que são amplamente reconhecidas no meio popular (Moura & Marques, 2008), e podem ser conceitualizadas partindo da premissa de que expor o corpo a variações de temperatura razoáveis à percepção entre quente e frio é capaz de gerar ou propiciar o desenvolvimento de doenças ou prejuízos significativos ou fatais para a saúde do corpo.

Nessa perspectiva, no contexto estudado, foi observada a percepção da variação de temperatura na gênese de doenças (Moura & Marques, 2008), pois a maioria dos entrevistados concordaram com crenças relacionadas com a exposição à água em temperatura elevada (água quente) como causa de doenças respiratórias, assim como a elevada concordância de que sentar em assentos usados por outra pessoa que ainda estiverem quentes pode provocar doenças. Em contrapartida, houve rejeição à crença de que a exposição a ambientes frios após sair de um ambiente quente está associado à paralisia facial (entortar a boca).

Contudo, a exposição a temperaturas frias, por exemplo, é amplamente associada a doenças infectocontagiosas do sistema respiratório (Moura & Marques, 2008). As variações de temperaturas podem ser associadas a problemas de saúde durante o puerpério, período durante o qual também se acredita que se deve evitar contato com temperaturas frias através do ar, uso de geladeira ou do piso em contato com os pés; ou temperaturas quentes, como cozinhar ou estar próximo ao fogão (Acosta et al, 2012).

O fator 2 - *Influência dos astros celestes* corresponde a crenças, em caráter mágico, sobre o mundo e seus habitantes, estão presentes em diversas culturas humanas, e podem ser encontradas em registros de diversos períodos da história (Falcão, 2019). A crença mágica na influência dos astros sobre os diversos fenômenos existentes pode ter se dado através de correlações equivocadas realizadas entre os movimentos celestes e os acontecimentos observados no meio terreno (Shermer, 2012).

No contexto da saúde, nota-se que a crença mágica sobre influência dos astros celestes se relaciona com a temática da saúde de diversas formas (Pastenark e Ossi, 2023), como na escolha de datas específicas para realização de partos, na explicação acerca de adoecimentos mentais (Belleville, Dixon, Foldes-Busque & CIA, 2013), na crença da influência da lua cheia

no agravamento de quadros psicóticos ou na crença de que a lua cheia induz o início do trabalho de parto das mulheres gestantes (Grasel et al., 2018), porém os achados do atual estudo sobre as crenças relacionadas com a influência dos astros celestes durante a gravidez ou parto foram rejeitadas pelos participantes.

O fator 3 - *Influência emocional* corresponde as variáveis que compreendem que a vivência de emoções e sentimentos desagradáveis provocam ou propiciam o desenvolvimento de problemas de saúde. A interpretação mágica/supersticiosa de que emoções e sentimentos desagradáveis resultarão ou trarão coisas ruins, incluindo problemas de saúde, podem se apresentar de forma inofensiva, mas também dotada de interesse clínico da psicologia (Beck, 2021). Contudo, torna-se imprescindível destacar e diferenciar que o fator 3 em questão visa englobar as crenças que erroneamente afirmam causalidade entre a experiência emocional e o desenvolvimento negativo do quadro de saúde.

Nesse rastro, foi possível observar concordância entre os participantes sobre crenças da influência das emoções, como guardar rancor pode causar doenças físicas, que um susto grande pode provocar adoecimento mental, e que estresse aumenta as chances de desenvolvimento de câncer. Embora esses achados sejam considerados crenças de influência emocional no desenvolvimento de problemas de saúde, há evidências da influência de quadros emocionais em etiologia e curso de doenças, tais quais os transtornos mentais (APA, 2022), doenças autoimunes (Júnior & Gonzalez, 2021; Melo et al., 2019), e doenças infectocontagiosas comuns que se aproveitam de janelas imunológicas provocadas por quadros emocionais (Faccini et al., 2020).

O fator 4- *Influência espiritual* consiste em crenças que buscam a compreensão da existência de uma dimensão ou energia espiritual, diferente das dimensões e energias materiais conhecidas e demonstradas pelas ciências, que é capaz de influenciar diretamente sobre os processos de saúde dos seres humanos (Campos, 1967; Silva, 2021).

A visão mística espiritual sobre os processos de saúde se faz presente em diversas culturas, atravessando a história e habitando culturas enraizadas, bem como através da escrita em compêndios e manuais de medicina (Edler & Fonseca, 2005; Campos, 1967). Nesse sentido, observa-se que, no cenário estudado, os participantes concordaram com a existência de doenças de origem espiritual e acreditam que as doenças podem ter como causas mal olhado, praga, maldição e feitiços.

Socialmente, são amplamente difundidas explicações e compreensões espirituais acerca da saúde e do adoecimento, algumas de maneira institucionalizada, como no corpo de dogmas e tradições religiosas, a exemplo da tradição cristã quando compreende o adoecimento como uma possibilidade de origem e influência espiritual, podendo ser entendida e significada como decorrência do pecado, castigo ou provação (A Bíblia, 2020).

Na tradição espírita, o adoecimento pode ser compreendido como resultado físico de um desequilíbrio na dimensão espiritual (Silva et al., 2021). Em meio folclórico, fora das crenças institucionalizadas, encontram-se crenças populares, como a crença no adoecimento através de pragas ou mau olhado, que são intenções ou “energias” negativas lançadas de uma pessoa a outra, capazes de prejudicar a saúde da pessoa alvo (Simon et al., 2019).

O fator 5 - *Influência essencialista* representa pensamento mágico que parte da compreensão de que todas as coisas existentes possuem uma energia invisível que exalam de suas características particulares, que podem ser características materiais do objeto ou simbólicas à subjetividade humana (Hood, 2012).

Essa essência não se contém apenas no objeto em si, podendo exercer influência sobre outros objetos e pessoas, levando suas características positivas ou negativas para os mesmos, a exemplo da crença de que problemas de saúde podem ser causadas ao tocar ou usar roupas de outras pessoas, ainda que estas estejam completamente limpas (Hood, 2012), contudo, entre os participantes do atual estudo, houve rejeição à crença sobre o adoecimento pelo toque de roupas de pessoas mortas ainda que estejam limpas.

A busca por tratamento de saúde por meio do uso de crenças e comportamentos mágicos e religiosos é representada por fatores que envolvem a fé e a religião, superstição e uso de produtos de origem vegetal e animal.

O fator 1 – *Tratamento centrado fé e religião* se relaciona com crenças e atos religiosos em prol de curas e tratamentos, visando a melhora dos quadros de saúde. A presença da religiosidade e da fé em tratamentos de saúde é amplo e facilmente observável, em meio institucionalizado ou popular (Ramos, Papa & Cherchi Jr., 2021; Oliveira, 2021; Corrêa & Torres, 2021; Vernin et al., 2019). Nesse sentido, os achados do atual estudo mostram que a maioria dos participantes concordam que a fé e religião podem tratar ou curar doenças mediante uso de orações e pedidos de melhoras.

É muito comum encontrar o comportamento da realização de orações, solicitando a melhora ou cura dos quadros de saúde (Oliveira, 2021; Vernin et al., 2019), assim como o

comportamento de barganha espiritual através da realização de promessas em prol da melhora da saúde, a exemplo da oferenda de esforços físicos, homenagens, doações, ou algum outro comportamento que possa ser compreendido como oferenda de sacrifício ou benfeitoria (Campos, 1967; Corrêa & Torres, 2021).

No Brasil, também é possível encontrar a prática de cirurgias espirituais, que consistem na realização de procedimentos que simulam simbolicamente ou na prática cirurgias muito pouco invasivas, cirurgias médicas. Contudo, a crença compreende que esses procedimentos, costumeiramente realizados por médiuns, é orientado por entidades espirituais dotadas de conhecimento e influência espiritual para promover curas em saúde (Barros, Oliveira & Silva, 2021).

O Fator 2 – *Tratamento com produtos naturais* remete a crença na utilização de elementos de origem natural para tratamentos em saúde, sendo estes de origem animal ou vegetal. Os resultados do atual estudo evidenciaram elevada discordância entre os participantes sobre a aplicação de plantas pelo corpo como forma de tratamento de saúde e uso de alimentos de origem animal como remédio.

O uso de matéria-prima de origem animal para tratamento de diversos problemas de saúde foram evidenciados e classificados por Lima e Santos (2019) ao entrevistarem diversos indivíduos da zona rural do município de Jaçanã – RN, em que foi referida a utilização de animais, tais como a galinha, tanajura, teju, cupim, tatu, lagartixa e iguana, para o tratamento de doenças respiratórias, calvície, inflamações de garganta, dores ou ferimentos no corpo.

A utilização de vegetais como forma de tratamento mágico também se faz popular e se encontra de forma ampla na medicina popular do Brasil, estando muito presente na medicina popular dos povos originários (Edler & Fonseca, 2006).

Na atualidade, é possível evidenciar a criação e divulgação de receitas de medicamentos caseiros à base de plantas medicinais para tratamento do COVID-19 em diversas áreas do mundo (Reihani, 2020).

A crença de que elementos naturais fazem bem à saúde, o baixo acesso aos serviços de saúde e medicações, assim como a busca por cura em momentos de crise, são apontados como elementos propiciadores a adesão e divulgação de métodos naturais para tratamentos em saúde (Reihani, 2020; Pastenark & Orsi, 2023).

O Fator 3 – *Tratamento com superstições* busca descrever comportamentos tipicamente reconhecidos como superstições. Constitui-se como pensamento supersticioso a crença equivocada e errônea da existência de causalidade entre comportamentos realizados e eventos observados (Shermer, 2011).

As superstições estão presentes de forma ampla na cultura e no folclore, se relacionando frequentemente com a temática de saúde, sobretudo no tocante a métodos de tratamento. De forma ilustrativa, pode ser citada uma superstição antiga e própria do ambiente rural, que consiste em portar chocalho de cascavel para tratamento de asma (Campos, 1967).

Uma outra superstição está associada a cura do terçol, problema de saúde bastante comum que consiste em uma inflamação causada por ação bacteriana nas glândulas sebáceas e sudoríparas das pálpebras dos olhos, de modo que o tratamento em questão associa movimentos físicos e a pronúncia de algumas palavras dotadas de poderes mágicos curativos. De acordo com essa crença o enfermo necessita olhar através de um buraco de fechadura ou da parede, pronunciando a frase “ Sol que te trouxe, sol que te leva” por três vezes consecutivas enquanto bate os pés no chão também por três vezes (Pereira & Gomes, 2021).

Todavia, no atual estudo, os tratamentos baseados em superstições foram considerados desfavoráveis entre os participantes, que discordaram da crença sobre a queima da roupa da pessoa que teve convulsão poder curar a doença, e jogar o dente de leite em cima da casa para o novo dente crescer saudável.

Os níveis de concordância apresentados pelos entrevistados em relação aos fatores extraídos relacionados a prevenção em saúde, mostram uma maior prevalência de respostas favoráveis às crenças relacionadas a prevenção à variação de temperatura e ao uso de amuletos e de respostas desfavoráveis ao uso de rito religiosos.

O fator 1 – *Prevenção à variação de temperatura* contempla as crenças que afirmam que, ao evitar o contato com variações de temperatura se evitará também adoecimento causado por elas. Esse tipo de crença e comportamento é culturalmente presente em território brasileiro, podendo ser citados os comportamentos de evitar pisar descalço sobre o chão frio, evitar proximidade a fornos e fogões em funcionamento ou abrir geladeiras em determinadas situações, como a do puerpério (Acosta et al, 2012), ou mesmo evitar se expor a corrente de ar frio após comer alimentos quentes (Campos, 1967).

O fator 2- *Prevenção através do uso de amuletos* contém variáveis relacionadas a utilização do porte de objetos como método de proteção mágica contra o adoecimento. Entende-se por amuleto qualquer objeto sobre o qual o indivíduo infira e acredite na existência de efeito causal de ordem mágica e caráter positivo/protetivo, incidindo sobre os eventos e características do mundo material ou espiritual (Rubi, 2023).

Assim, os resultados deste estudo mostram que os participantes concordam com a afirmativa de possuir amuletos de poder religioso para se proteger contra adoecimento, bem como utilizar cristais e pedras como amuletos para ter boa saúde, porém discordam da

afirmativa de utilização de amuletos comuns para proteger de doenças.

No âmbito da saúde, amuletos de proteção podem ser encontrados em ambientes populares envolvidos no folclore, a exemplo de fitas vermelhas que podem ser amarradas ao corpo a fim de se obter proteção contra efeitos maléficos ocasionados pelo mau olhado (Souza, 2022); na cultura cristã católica, onde se faz presente a utilização de amuletos de cunho religioso como o escapulário (Britto et al., 2021); em meio as magias esotéricas, nas quais pode se encontrar o uso de amuletos de origem mineral, como cristais e pedras, cuja crença também atribui propriedades protetivas, sobretudo conta o adoecimento (Rubi, 2023).

O fator 3- *Prevenção por uso de ritual religioso* inclui a variável que remete a um rito religioso utilizado como forma de proteção, conhecido como benção. A benção pode ser entendida como um ato religioso que está presente em diversas culturas e possui finalidade de tratamento ou proteção (Moura, 2011), contudo, os participantes do atual estudo discordaram da afirmativa sobre o ato de benzer para se proteger de doenças.

A benção feita em si próprio ou obtida através da intercessão de outra pessoa é uma prática muito popular de ampla adesão na cultura brasileira (Pereira, Silva & Tenório, 2023). Outra prática muito comum que, por vezes, se mistura ou é utilizada associada à benção, são as rezas, que consistem na realização de um conjunto de orações aprendidas e repetidas de forma ritualística, a fim de também promover cura ou proteção (Sousa et al., 2021).

O presente estudo se depara com uma limitação importante, especialmente sobre a construção da “Escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde-doença”, uma vez que as afirmativas contidas nela foram pesquisadas e selecionadas pelo pesquisador responsável em materiais diversos que não necessariamente representam ou estão de acordo com o cenário cultural da região estudada, a cidade de Campina Grande-PB.

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a identificação e caracterização de crenças e comportamentos mágicos e religiosos apresentados por usuários de ESF na cidade de Campina Grande-PB. Assim, mediante os níveis de concordância dos participantes, verifica-se que as crenças e comportamentos mágicos e religiosos estão presentes no cotidiano dos usuários da atenção primária à saúde e, a partir do conhecimento da subjetividade deles, é possível a aproximação entre os serviços públicos de saúde e as comunidades.

Esse cenário favorece a consolidação de políticas públicas, a exemplo das Práticas Integrativas e Complementares, com oferta de ações em saúde que dialoguem efetivamente com a realidade vivenciada pelos usuários, propiciando um diálogo entre o saber técnico científico

em saúde e o saber popular em saúde. Alinha-se também ao processo de educação em saúde, de modo a desmistificar e desencorajar a difusão de compreensões equivocadas ou comportamentos prejudiciais ao tratamento e prevenção, incentivando a compreensão e a prática de cuidados em saúde mais benéficos e efetivos.

Espera-se que os achados apresentados possam subsidiar estudos futuros que possibilitem um aprofundamento da investigação e discussão acerca das crenças e práticas mágicas sobre saúde, uma vez que elas se apresentam como fenômenos psicológicos, sociais e culturais inerentes as sociedades e ao fenômeno humano, fazendo parte da forma como os sujeitos compreendem, sentem e dão significado ao mundo que os cerca.

REFERÊNCIAS

- Acosta, D. F., Gomes, V. L. de O., Kerber, N. P. da C., & Costa, C. F. S. da. (2012). Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1327–1333.
- American Psychiatric Association – APA. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (1a ed.). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Assunção, L. M. D., Querino, R. A., & Rodrigues, L. R. (2020). A benzedura nos territórios da Estratégia Saúde da Família: Percepções de trabalhadores, usuários e benzedores. *Saúde em Debate*, 44, 762-773.
- Barros, V., Oliveira, R. C., & da Silva, R. (2021). Processos de saúde e doença no campo sagrado e as narrativas de ressignificação corpórea: O caso das cirurgias espirituais no Hospital Espiritual Casa de Hansen. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, 23(1).
- Beck, J. S. (2021). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e prática* (3a ed.). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Belleville, G., Foldes-Busque, G., Dixon, M., Marquis-Pelletier, É., Barbeau, S., Poitras, J., ... & Marchand, A. (2013). Impact of seasonal and lunar cycles on psychological symptoms in the ED: An empirical investigation of widely spread beliefs. *General hospital psychiatry*, 35(2), 192-194.
- Borsa, J. C., & Feil, C. F. (2008). O papel da mulher no contexto familiar: Uma breve reflexão. *O portal dos Psicólogos*, 185, 1-12.

- Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2011). Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento*, 29(64), 31-39.
- Britto, L. R. G., Pépece, O. M. C., de Miranda, A. P. C., & Camilo, E. (2021). O ato de presentear como processo de sacralização: O escapulário como símbolo de amor e proteção. *Barbarói*, (58), 230-242.
- Campos, E. (1967). *Medicina popular do Nordeste*. Rio de Janeiro: O Cruzeiro.
- Corrêa, R., & Torres, I. C. (2021) A virgem do Carmelo: História, devoção e pagamento de promessa em Parintins, Amazonas. In J. C. da Silva, I. C. Torres, & J. M. da Rocha (Orgs.), *Trabalho, cultura e poder: olhares interdisciplinares* (pp. 166-187). Manaus: Editora UEA.
- Costa, A. (2020). Poranduba 66 – faq folclórico. [Podcast]. Recuperado de <https://coleccionadores.com.br/2020/01/23/poranduba-66-faq-folclorico/>
- Edler, F., & Fonseca, M. R. F. (2005). Saber erudito e saber popular na medicina colonial. *Cadernos ABEM*, 2.
- Escolà-Gascón, Á., Marín, FX., Rusiñol, J., & Gallifa, J. Pseudoscientific beliefs and psychopathological risks increase after COVID-19 social quarantine. *Global Health* 16(72).
- Faccini, A. M., da Silveira, B. M., Rangel, R. T., & Silva, V. L. (2020). Influência do estresse na imunidade: Revisão bibliográfica. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 15(3), 64–71.
- Falcão, W. (2019). *A história da astrologia para quem tem pressa*. Rio de Janeiro: Editora Valentina.
- Grasel, J., da Rosa dos Reis, T. L., & Silveira de Quadros, J. (2018). Influência do ciclo lunar na frequência de admissões hospitalares na maternidade: Estudo retrospectivo. *Revista Baiana de Enfermagem* 32. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26537>.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados* (5a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Harari, Y. N. (2020). *Sapiens: Uma breve história da humanidade*. (3a ed.). São Paulo: Editora Companhia das Letras.
- Hood, B. M. (2012). *Supersentido: Porque acreditamos no inacreditável*. São Paulo: Editora Novo Conceito.
- Júnior, E. L. D. S., & Gonzalez, L. F. C. (2021). O estresse e sua influência no desenvolvimento e exacerbação de doenças autoimunes. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(2), 16.

- Krüger, H. (2013). Ideologias, sistemas de crenças e atitudes. In L. Camino, Torres, A. R. R., M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Orgs.). *Psicologia Social: Temas e teorias* (2a. ed. pp. 261-308). Brasília: Technopolitik.
- Krüger, H. (2018). *Psicologia Social das Crenças*. Curitiba: Editora CRV.
- Lima, C.de S., & Aguiar, R. S. (2020). Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(4), e157943027-e157943027.
- Lima, R. J. P., & Santos Severiano, J. (2019). Uso de animais na medicina popular: Diagnóstico sociocultural e etnozoológico na zona rural de Jaçanã (RN). *Revista Principia-Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB*, (45), 158-170.
- Melo, M. S. B., Rocha, N. F. L., Magalhães, S. S., & Sousa, L. L. (2019) Influência de fatores emocionais nas doenças crônicas de pele: O estresse como gatilho para o desenvolvimento, reincidência ou agravamento da psoríase. *Revista Multidisciplinar de Psicologia*, 13(46). doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i46.1914>
- Moura, E. C. D (2011). Eu te benzo, eu livro, eu te curo: Nas teias do ritual de benzeção. *Mneme Revista de Humanidades*, 12(29).
- Moura, F. de B. P., & Marques, J. G. W. (2008). Zooterapia popular na Chapada Diamantina: Uma medicina incidental? *Ciência & Saúde Coletiva*, (13), 2179–2188.
- Oliveira, F. M. (2021). “Jesus, filho de Davi, tenha compaixão de mim”: A terapêutica da fé e as práticas educativas das curas elaboradas na Missa de Cura (João Pessoa, 1995-2019). [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Campina Grande.
- Pasternak, N., & Orsi, C. (2023). *Que bobagem!: pseudociências e outros absurdos que não merecem ser levados a sério*. São Paulo: Editora Contexto.
- Pereira, E. A., & Gomes, N. P. M. (2021). *Assim se benze em Minas Gerais: Um estudo sobre a cura através da palavra* (3a ed.). Belo Horizonte: Editora Mazza Edições.
- Pereira, M. R., Silva, T. G., & Tenório, I. V. (2023). As benzedeadas e suas falas na pesquisa: Uma revisão sistemática. *Humanidades & Inovação*, 10(6), 214-225.
- Ramos, M. F., Papa, R. & Cherci Jr., S. (2021) *Curas Espirituais à lux da doutrina espírita*. São Paulo: Boa nova Editora.
- Reihani, H., Ghassemi, M., Mazer-Amirshahi, M., Aljohani, B., & Pourmand, A. (2020). Non-evidenced based treatment: An unintended cause of morbidity and mortality related to COVID-19. *Am J Emerg Med*, (39), 221-222.
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466>.

- Rubi, A. (2023). *Lições de Esoterismo e Astrologia*. Publicação independente. Rubi Astrologia.
- Shermer, M. (2011). *Por que as pessoas acreditam em coisas estranhas: Pseudociência, superstição e outras confusões dos nossos tempos*. São Paulo: JSN Editora.
- Shermer, M. (2012). *Cérebro & crença. De Fantasmas e Deuses à Política e às Conspirações – Como Nosso Cérebro Constrói Nossas Crenças e as Transforma em Verdades*. Tradução de Eliane Rocha. São Paulo: JSN Editora.
- Silva, S. E. D. (2021). As representações sociais sobre o processo saúde-doença na visão espírita. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 13, 117-122. Recuperado de <https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7884/pdf>.
- Simon, A. R. L., Samrsla, C. D. A., Soares, M. D. S., & Bernick, R. M. (2019). Mau Olhado Ou Quebranto: Uma Síndrome Psiquiátrica Relacionada À Cultura. *Salão do Conhecimento*, 5(5).
- Souza, M. L. (2022). Conversão religiosa e manutenção e atualização da identidade étnica cigana: etnografia com ciganos calons no recôncavo da Bahia. *Novos olhares Sociais: Dossiê ações afirmativas*, 5(1).
- Vernin, L. R. S., Gonzaga, L. M., Valle, M. O. F. R. D., Silva, M. J. P. D., Ermel, R. C., & Puggina, A. C. (2019). História espiritual e preferência de intervenção religiosa de pacientes crônicos cristãos. *Nursing*, 22(252), 2868-2874.

CAPÍTULO 4 –ARTIGO 2

CORRELAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CRENÇAS E COMPORTAMENTOS MÁGICOS E RELIGIOSOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

RESUMO

O objetivo do estudo foi verificar a correlação entre características sociodemográficas e a presença de crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas no cotidiano de usuários da atenção primária à Saúde. Pesquisa exploratória e transversal. Realizou-se entrevistas com 100 usuários da atenção primária à saúde de Campina Grande – PB, utilizando um questionário. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado na análise da correlação entre variáveis sociodemográficas e fatores relacionados às crenças extraídos através de Análise Fatorial Exploratória. Entre os participantes, foi observado concentração de gênero feminino (79%), idade entre 20 a 49 anos (57%), estado civil casado(a) (48%), raça/cor parda (58%), religião cristão (86%), trabalhadores (48%), renda familiar de um salário-mínimo (39%) e ensino médio incompleto (53%). A análise de correlação evidenciou que os participantes com ensino médio completo tenderam a uma menor adesão às crenças mágicas; participantes cristãos apresentaram maior adesão a crenças religiosas; com aumento da idade, há menor adesão a

algumas crenças e maior adesão a outras; quanto maior a renda dos participantes, menor a adesão às crenças mágicas. Conclui-se que características sociodemográficas exerceram influência sobre os níveis de adesão a crenças e comportamentos mágicos e religiosos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; processo saúde doença.

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the correlation between sociodemographic characteristics and the presence of beliefs, superstitious behaviors, and magical practices in the daily lives of primary health care users. An exploratory and cross-sectional research, carried out with 100 users of primary health care in Campina Grande – PB, Interviews were conducted with 100 users of primary health care in Campina Grande – PB, using a questionnaire. The Spearman's correlation coefficient was used in the analysis of the correlation between sociodemographic variables and factors related to beliefs extracted through Exploratory Factor Analysis. Among the participants, there was a concentration of female gender (79%), age between 20 and 49 years (57%), married marital status (48%), brown race/color (58%), Christian religion (86%). The correlation analysis showed that participants with complete high school tended to have a lower adherence to magical beliefs; Christian participants showed greater adherence to religious beliefs; with increasing age, there is less adherence to some beliefs and greater adherence to others; The higher the income of the participants, the lower the adherence to magical beliefs. It is concluded that sociodemographic characteristics exerted influence on the levels of adherence to magical and religious beliefs and behaviors.

Keywords: Primary health care; Family Health Strategy; health-disease process; religion.

4.1 INTRODUÇÃO

Frente aos fenômenos humano, a capacidade de gerar e transmitir cultura se apresenta como um aspecto fundamental para o desenvolvimento e organização dos grupos e sociedades humanas ao longo da história (Harari, 2020). Dentre os elementos que compõem a cultura, as crenças exercem um papel fundamental na forma com os grupos e indivíduos explicam, compreendem, agem e sentem a si próprios e o mundo a sua volta (Beck, 2021).

Krüger (2018) conceitua crença partindo de perspectiva da Psicologia Social, compreendendo que a mesma consiste de qualquer declaração, em sentido afirmativo ou negativo, feita por um indivíduo, que possui valor de verdade para si, e que pode ser originada por meio da experiência pessoal, obtida pela via de dois processos psicológicos, a *percepção* e a *cognição*. Para o autor, a origem perceptiva das crenças reside na obtenção de conteúdos e informações através dos sentidos, enquanto os processos cognitivos tratam da obtenção, interpretação, retenção, recuperação e comincação das informações.

Shermer (2012), sob ótica da psicologia cognitiva, explica o processo de aquisição de

crenças em duas etapas. A primeira, chamada de *padronização*, consiste no processo de buscar e reconhecer padrões em meio aos inúmeros acontecimentos vivenciados pelos indivíduos; a segunda, chamada de *acionalização*, é o processo pelo qual os seres humanos interpretam, explicam, e dão significados aos padrões reconhecidos. Nessa ótica, uma crença é construída através de correlação entre dois ou mais elementos observados na vivência dos indivíduos, e posteriormente uma atribuição de sentido e significado para essa correlação.

Krüger (2018) e Shermer (2012), compreendem que nem sempre uma crença construída ou aprendida pelas pessoas se mostra verdadeira no campo da realidade, de modo que correlações e afirmações falsas podem acontecer. Há crenças destituídas de lógica racional e empiricidade, compondo credices e pensamentos mágicos que podem ser encontrado em sistemas de crenças individuais ou coletivos quando difundidos em uma cultura, desde credices e crenças populares até sistemas de crenças religiosas. Essas crenças mascaram e distorcem a percepção do mundo, trazendo explicações, leituras e compreensões em desalinho com a realidade material empírica do funcionamento do mundo (Krüger, 2018).

Crenças e práticas de ordem mágicas podem ser encontradas em meio *popular* e destituído de diretrizes de formatação, entre as quais é mais facilmente observado um pluralismo e liberdade em sua manifestação, compondo o que chamamos por folclore. As crenças e práticas mágicas também se fazem presente em outra esfera social, esta *institucionalizada* e costumeiramente com viés de formatação e normatividade, ambiente característico de religiões (Costa, 2020). Embora se faça importante esta diferenciação, para fins de melhor categorização, as crenças e práticas folclóricas e religiosas são construídas e difundidas através dos mesmos processos psicológicos e sociais (Costa, 2020), de modo que para esse estudo ambas serão consideradas e tratadas como pensamentos e comportamentos mágico, sem distinção relevante entre si.

Para além das razões cognitivas, apresentadas anteriormente, que levam a formação e aquisição de crenças mágicas, Norenzayan e Gervais (2013) apresentam mais dois fortes influenciadores para estes fenômenos, os fatores sociais e motivacionais. Frente aos fatores sociais, foco desse estudo, os autores apontam que boa parte das crenças de um indivíduo são adquiridas através da influência das pessoas que convivem no mesmo ambiente que elas, de modo que conceitos religiosos e místicos podem passar a fazer parte do sistema de crenças dos indivíduos a partir do momento que lhes são apresentados ou ensinados em meio popular, ou iniciados em alguma religião, por exemplo.

Patacchini e Zenou (2016) investigaram a influência das relações parentais e sociais na transmissão de pensamentos, crenças e hábitos religiosos, chegando a conclusão de que a

adesão as crenças religiosas possui grande e principal influência das religiões praticadas pelos pais, de modo que as influências originadas de relações sociais fora do ambiente familiar, tal qual entre amigos e colegas, obtem maior sucesso na condição de reforçadores das crenças já estabelecidas sob influência familiar anterior.

Outro estudo (Lanman & Buhrmester, 2017) testou a hipótese de que quanto mais expostos os indivíduos são a eventos que passam credibilidade a crenças e comportamentos mágicos, maiores são as chances do desenvolvimento de crenças no sobrenatural. Frente a isso aponta-se que quanto mais adepto e engajados os pais são a alguma religião durante a infância de seus filhos, mais propensos eles se tornam a acreditarem na existência de um plano, seres ou elementos espirituais na fase adulta (Lanman & Buhrmester, 2017). A exposição a ambientes religiosos também aparentam interferir no processo de julgamento de veracidade frente a histórias fantásticas ou místicas, de modo que as crianças expostas a ambientes e ensinamentos religiosos tenderam a julgar personagens e histórias religiosas e fantásticas como reais, quando comparadas a crianças que não possuíam a mesma exposição, que tenderam a atribuir status de ficção a essas histórias, segundo experimento realizado por Corriveau, Chen & Harrys, (2015).

Sampaio (2016) apresenta mais alguns fatores ambientais que propiciam o desenvolvimento e aprendizagem de pensamentos e comportamentos mágicos e religiosos, sob uma ótica behaviorista. De acordo com o autor, três processos ganham destaque, sendo o primeiro deles o da *Modelação*, processo através do qual os comportamentos mágicos seriam aprendidos através da imitação de comportamentos já existentes no grupo ao qual os indivíduos estão inseridos e convivem; o processo de *Seguimento de regras* consistiria na exposição ao ensinamento e exigência do seguimento de condutas mágicas e religiosas difundidas no ambiente social dos indivíduos; e em sequência a *Modelagem*, processo através do qual os comportamentos apresentados pelos indivíduos são reforçados ou punidos pelos demais membros do grupo, de modo que comportamentos mágicos podem ser estimulados e recompensados, ou a sua ausência ou recusa desestimulados ou punidas.

Frente a notória influência do fator ambiental acerca da adoção de crenças e comportamentos mágicos o presente estudo buscou investigar a existência de correlação entre o perfil sociodemográfico e a presença de crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas no cotidiano de usuários da estratégia saúde da família.

4.2 MÉTODO

4.2.1 Delineamento e cenário da pesquisa

Pesquisa exploratória de caráter transversal, com abordagem quantitativa, sistemático

e baseado com o checklist The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement. O cenário do estudo foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Campina grande – PB.

4.2.2 Participantes

Participaram da pesquisa 100 usuários de unidade de saúde de atenção primária à saúde localizadas em diferentes distritos sanitários. As unidades de saúde foram selecionadas mediante sorteio, e os usuários participantes foram recrutados de forma não probabilística e atendendo aos seguintes critérios de elegibilidade: usuários cadastrados nas eSF, com idade igual ou superior a 20 anos, em atendimento ou a espera de atendimento na unidade básica de saúde durante a coleta de dados.

4.2.3 Procedimento de coletas e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada, após visitas as UBS selecionadas para o estudo, para identificação dos participantes que atendiam aos critérios de inclusão e convidá-los a participar da pesquisa. Por fim, o pesquisador seguiu com a aplicação dos instrumentos de coleta de dados (um questionário sociodemográfico e uma escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde-doença) em ambiente calmo e confortável ao participante. Todos participantes assinaram o TCLE .

Por meio do questionário sociodemográfico foram coletadas as seguintes variáveis: idade, gênero, estado civil, religião, escolaridade, situação ocupacional, e renda familiar. No questionário estruturado, segundo escalas ordinais (escala *Likert*), com título *Escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde-doença*, foram coletadas as variáveis voltadas a crenças e comportamentos mágicos e religiosos, cujas opções de resposta foram disponibilizadas em uma escala de concordância contendo quatro itens, no qual 1 corresponde a “Discordo totalmente”, 2 corresponde a “Discordo”, 3 corresponde a “Concordo” e 4 corresponde a “Concordo Totalmente”.

As variáveis obtidas através do questionário sociodemográfico foram analisados através de estatística descritiva, obtendo-se a caracterização da amostra estudada (Tabela 1). Para propiciar a análise de correlação algumas variáveis sóciodemográficas foram recodificadas (escolaridade; religião; renda; Faixa etária), condensando as opções de respostas e reduzindo o numero de alternativas que foram analisadas, visando uma correlação mais efetiva entre as *variáveis sociodemográficas* e as variáveis selecionadas através do processamento dos dados

da *Escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde-doença*.

Para investigação da correlação entre o características sociodemográficas e crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas presentes no cotidiano de usuários da estratégia saúde da família foi utilizado *Teste de Spearman* (Baba et al, 2014), em função da natureza não paramétrica das variáveis analisadas.

Foram submetidas ao teste de Spearman as variáveis contidas em cada um dos fatores extraídos pela Técnica *Análise Fatorial Exploratória* (Variáveis dependentes) e as *variáveis sociodemográficas* (Variáveis independentes), sendo escolhidas a partir da compreensão apresentada por Krüger (2018), na qual a formação de crenças é influenciada pelas relações interpessoais e pelos contextos socioculturais, de modo que as variáveis escolhidas (escolaridade; religião; renda; Faixa etária) compreendem aspectos importantes do contexto sociocultural dos participantes.

Os critérios de classificação dos valores do coeficiente de correlação, a fim de mensurar a intensidade da correlação obtida, não são consenso entre os autores, de modo que para realização desse estudo os critérios admitidos para as análises dos dados foram propostos por Baba et al (2014), sendo eles: correlação muito fraca ($\rho = 0,00$ a $0,19$); fraca ($\rho = 0,2$ a $0,39$); moderada ($\rho = 0,4$ a $0,69$); forte ($\rho = 0,7$ a $0,89$); muito forte ($\rho = > 0,9$).

Os dados foram processados e analisados por meio do software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22 e, do R.2.5.3.

4.2.4 Aspectos éticos

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB), Parecer sob nº 5.563.948.

4.3 RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos 100 usuários da estratégia saúde da família no contexto estudado (Tabela 1), mostra predomínio de gênero feminino (79%); idade entre 20 a 49 anos (57%); estado civil casado(a) (48%); raça/cor parda (58%); religião cristão (86%); trabalhadores (48%); renda familiar de um salário-mínimo (39%) e ensino médio incompleto (53%).

Tabela 1

Perfil sociodemográfico de usuários da estratégia saúde da família, Campina Grande, 2022.

Variáveis	Nº	%
-----------	----	---

Gênero		
Masculino	21	21
Feminino	79	79
Faixa etária		
20 a 49 anos	57	57
50 a 59 anos	16	16
60 anos ou mais	26	26
Situação conjugal		
Casado(a)	48	48
Solteiro(a)	29	29
Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a)	10	10
Viúvo	10	10
Outro	10	10
Etnia (raça/cor)		
Branca	22	22
Preta	19	19
Parda	58	58
Outra	1	1
Religião		
Cristão	86	86
Não cristão	14	14
Ocupação		
Possui trabalho	48	48
Não trabalha	33	33
Aposentado/pensionista	16	16
Não respondeu	3	3
Renda familiar (em salários-mínimos -SM)		
Menos de um salário-mínimo	18	18
Um salário-mínimo	39	39
Mais de um salário-mínimo	30	30
Não respondeu	13	13
Escolaridade		
Ensino médio incompleto	53	53
Ensino médio completo	46	46
Não respondeu	1	1

Fonte: Banco de dados da pesquisa, Campina Grande, 2023.

A análise de correlação de *Spearman* entre as variáveis de cada fator da categoria de crenças e comportamentos mágicos e religiosos para explicação do adoecimento e *variáveis sociodemográficas* (Tabela 2).

Tabela 2

Correlação entre variáveis sociodemográficas e fatores relacionados a crenças e comportamentos mágicos e religiosos da categoria explicação do adoecimento.

Fatores e variáveis da categoria explicação do adoecimento	Variáveis sociodemográficas			
	Religião	Faixa etária	Escolaridade	Renda

Fator 1 - Influência da temperatura				
CD5- Sair de um ambiente quente diretamente para um ambiente frio pode causar trombozes (entortar a boca).	0,052*	0,796*	0,006* ρ . -0,272**	0,044* ρ . 0,216**
CD6 - Se molhar ou beber água quente da torneira provoca doença respiratória	0,326*	0,079*	0,002* ρ . -0,307**	0,333*
CD12- - Sentar-se em lugares onde outra pessoa estava sentada anteriormente, enquanto o assento ainda quente, pode trazer doenças.	0,460*	0,747*	0,002* ρ . -0,306**	0,131*
Fator 2 - Influência dos astros celestes				
CD7 - Se uma mulher grávida olhar para um eclipse pode prejudicar a gestação	0,342*	0,602*	0,344*	0,017* ρ . -0,256**
CD9 - A lua cheia induz gestantes a entrar em trabalho de parto	0,573*	0,675*	0,057*	0,230*
Fator 3 - Influência das emoções				
CD13 - Guardar rancor pode causar doenças físicas ao corpo	0,071*	0,907*	0,104*	0,702*
CD14 - Tomar susto grande provoca adoecimento mental	0,675*	0,513*	0,525*	0,529*
CD15 - Pessoas mais estressadas tem mais chance de desenvolver câncer	0,876*	0,145*	0,314*	0,612*
Fator 4 Influência espiritual				
CD1 - Existem doenças que possuem origem espiritual	0,485*	0,322*	0,805*	0,090*
CD3 - Doenças podem ser causadas por mal olhado, praga, maldição ou feitiço	0,805*	0,245*	0,210*	0,375*
Fator 5 – Influência essencialista				
CD11 - Tocar em roupas de pessoas que já morreram, mesmo se tiverem limpas, podem trazer doenças	0,143*	0,091*	0,016* ρ . -0,241**	0,450*

Fonte: elaboração própria, 2024.

Legenda: Negrito: existência de correlação significativa; ***p-valor**; ** ρ – Rho de Spearman – coeficiente de correlação

Na Tabela 2 é possível observar a existência de correlação entre as variáveis do Fator 1 – *Influência da temperatura* (CD5, CD6 e CD12) e *Escolaridade*; variável CD5 e Renda. As

variáveis *Religião* e *Faixa Etária*, não apresentaram correlação significativa com nenhuma das variáveis do Fator 1 – *Influência da temperatura*.

A análise de correlação entre CD5 x *Escolaridade* ($p < 0,006$ e $\rho = -0,272^{**}$); CD6 x *Escolaridade* ($p < 0,002$ e $\rho = -0,307^{**}$); CD12 x *Escolaridade* ($p < 0,002$ e $\rho = -0,307^{**}$), indicam a existência de correlação significativa ($p < 0,05$) e o valor coeficientes de correlação (ρ) caracteriza uma correlação fraca e negativa, ou inversamente proporcional, indicando que quanto maior os níveis de escolaridade dos entrevistados, ou seja, aqueles que possuíam ensino médio completo, menor foi a concordância com as crenças relacionadas a influência da temperatura nas causas do adoecimento, sendo elas: “CD5 - Sair de um ambiente quente diretamente para um ambiente frio pode causar trombozes (entortar a boca)”; “CD6 - Se molhar ou beber água quente da torneira provoca doença respiratória”; “CD12 - O Sentar-se em lugares onde outra pessoa estava sentada anteriormente, enquanto o assento ainda quente, pode trazer doenças”. (Tabela 2).

Ainda sobre o Fator 1 (Tabela 2) foi observada correlação entre as variáveis CD5 e *Renda* ($p < 0,044$ e $\rho = -0,256^{*}$), os valores indicam existência de correlação ($p < 0,05$), possuindo coeficiente de correlação (ρ) que caracteriza uma correlação fraca e em sentido negativo, apontando que quanto maior a Renda familiar dos participantes, menor o nível de concordância com a variável CD5.

No tocante ao Fator 2 – *influência dos astros celestes*, os achados evidenciaram a existência de correlação apenas entre CD7 e *Renda* ($p < 0,017$ e $\rho = -0,256^{**}$), indicando que quanto maior a renda dos participantes, menor o nível de concordância com a crença “CD7 - Se uma mulher grávida olhar para um eclipse pode prejudicar a gestação”. As demais variáveis sociodemográfica analisadas (religião, faixa etária e escolaridade), não apresentaram correlação significativa com nenhuma das variáveis do Fator 2 (Tabela 2).

Quanto aos fatores 3 – *Influência das emoções* e 4 – *Influência espiritual* não foi possível observar correlações significativas entre eles e as variáveis sociodemográficas analisadas.

No tocante a análise de correlações entre a variável do fator 5 - *Influência essencialista* e as variáveis sociodemográficas, observa-se a existência de correlação ($p < 0,05$) entre a variável CD11 e *Escolaridade* ($p < 0,016$ e $\rho = -0,241^{**}$), o coeficiente de correlação (ρ) aponta para uma correlação fraca e inversamente proporcional, indicando que os participantes de maior escolaridade (ensino médio completo) tiveram uma tendência maior para discordar da variável CD11- “Tocar em roupas de pessoas que já morreram, mesmo se tiverem limpas, podem trazer doenças”, do que os participantes com menor grau de escolaridade (ensino médio incompleto).

As demais variáveis sociodemográficas não obtiveram correlações significativas com as outras variáveis do Fator 5.

Tabela 3

Análise de Correlação entre variáveis sociodemográficas e fatores inerente a crenças e comportamentos mágicos e religiosos relacionadas a tratamento em saúde.

Fatores e variáveis da categoria tratamento de saúde	Variáveis sociodemográficas			
	Religião	Faixa etária	Escolaridade	Renda
Fator 1 – Tratamentos centrado na fé e na religião				
TD1 - A fé e a religião têm poder para curar doenças	0,005* ρ. 0,277**	0,744*	0,103*	0,420*
TD2 - Utilizo de orações e rezas dentro da minha religião para tratar problemas de saúde	0,001* ρ. 0,363**	0,84*	0,020* ρ. -0,234**	0,077*
TD3 - Direciono meus desejos de melhora de saúde às pessoas que estão adoecidas	0,102*	0,034* ρ. 0,212**	0,001* ρ. -0,354**	0,515*
Fator 2 Tratamento com produtos naturais				
TD7 - Passo plantas pelo corpo, para tratamentos de saúde	0,501*	0,044* ρ.- 0,202**	0,010* ρ. 0,258**	0,586*
TD8 - Utilizo alimentos de origem animal como remédio para doenças	0,265*	0,661*	0,039* ρ. 0,208**	0,096*
Fator 3 Tratamento baseado em superstições				
TD11 - Queimar a roupa do corpo da pessoa que teve convulsão cura ela da doença	0,925*	0,659*	0,035* ρ. -0,212**	0,149*
TD13 - Joguei dente de leite em cima da casa para que um novo cresça	.0,570*	0,745*	0,016* ρ. -0,243**	0,539*

Fonte: elaboração própria, 2024

Legenda: Negrito: existência de correlação significativa; ***p-valor**; ****ρ** – Rho de Spearman – coeficiente de correlação

A Tabela 3, mostra a correlação entre variáveis contidas no Fator 1- *Tratamentos centrados na fé e na religião* e as variáveis sociodemográficas. Observa-se que as variáveis *Religião*, *Faixa etária* e *Escolaridade* apresentaram correlação significativa ($p < 0,05$) com pelo menos uma das variáveis contidas no Fator 1. Apenas a variável *Renda* não apresentou nenhuma correlação significativa.

A variável *Religião* se correlacionou de forma significativa com as variáveis TD1 ($p < 0,005$ e $\rho = 0,277^{**}$) e TD2 ($p < 0,001$ e $\rho = 0,363^{**}$). Ambas as correlações apresentadas são classificadas como correlações fracas e positivas, indicando que os participantes que se declaram pertencer a religião cristã tenderam a concordar mais com as variáveis “TD1- A fé e a religião têm poder para curar doenças” e “TD2 - Utilizo de orações e rezas dentro da minha religião para tratar problemas de saúde” do que os participantes não cristãos.

A variável *Faixa Etária* se correlacionou com a variável TD3 ($p < 0,034$ e $\rho = 0,212^{**}$), caracterizando uma correlação fraca e positiva, indicando que os participantes com mais idade tenderam a concordar mais com a variável “TD3- Direciono meus desejos de melhora de saúde às pessoas que estão adoecidas” do que os participantes com menos idade.

A variável sociodemográfica *Escolaridade* se correlacionou com a variável TD2 ($p < 0,020$ e $\rho = -0,234^{**}$) e TD3 ($p < 0,001$ e $\rho = -0,354^{**}$), as duas correlações são classificadas como correlações fracas e em sentido negativo, indicando uma natureza de correlação inversamente proporcional, de modo que quanto maior o nível de escolaridade dos participantes (ensino médio completo), menor o nível de concordância com as variáveis TD2 e TD3 (Tabela 3).

No que se refere ao Fator 2 – *Tratamentos com produtos naturais* (Tabela 3), o teste de correlação entre as variáveis desse Fator e as variáveis sociodemográficas, verificou a existência de correlação significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis *Faixa etária* e *Escolaridade* e com pelo menos uma das variáveis do Fator 2. As variáveis *Religião* e *Renda* não apresentaram nenhuma correlação com as variáveis do fator.

A variável *Faixa etária* se correlacionou com a variável TD7 ($p < 0,044$ e $\rho = -0,202^{**}$), tal correlação pode ser classificada como fraca e negativa, indicativa de que quanto maior a faixa etária dos participantes, menor foi o nível de concordância com a variável “TD7 - Passo plantas pelo corpo, para tratamentos de saúde”. A variável *Escolaridade* se correlacionou com as variáveis TD7 ($p < 0,010$ e $\rho = 0,258^{**}$) e TD8 ($p < 0,039$ e $\rho = 0,208^{**}$), ambas as correlações são classificadas como fracas e positivas, indicando que os participantes com escolaridade mais alta (ensino médio completo) tenderam a concordar com as variáveis “TD7- Passo plantas pelo corpo, para tratamentos de saúde” e “TD8- Utilizo alimentos de origem animal como remédio para doenças” do que os participantes de escolaridade mais baixa.

Quanto ao Fator 3 - *Tratamento baseado em superstições*, os resultados da análise de correlação entre variáveis do Fator 3 e as variáveis sociodemográficas mostra que *Religião*, *Faixa etária* e *Renda* não se correlacionaram com nenhuma das variáveis do fator. Contudo, a variável *Escolaridade* correlacionou-se ($p < 0,05$) com as variáveis TD11 ($p < 0,035$ e $\rho = -$

0,212**) e TD13 ($p < 0,016$ e $\rho = -0,243^{**}$), estas correlações são classificadas como fracas e negativas, apontando que os respondentes da pesquisa com maior grau de instrução escolar tiveram a tendência em concordar menos com as variáveis “TD11- Queimar a roupa do corpo da pessoa que teve convulsão cura ela da doença” e “TD13 - Joguei dente de leite em cima da casa para que um novo cresça”, em contraste aos participantes com menor nível de escolaridade (Tabela 3).

Tabela 4

Análise de Correlação entre variáveis sociodemográficas e fatores inerente a crenças e comportamentos mágicos e religiosos relacionadas a prevenção em saúde.

Fatores e variáveis categoria prevenção em saúde	Variáveis sociodemográficas			
	Religião	Faixa etária	Escolaridade	Renda
Fator 1 – Prevenção à variação de temperatura				
PD7 - Não me molho ou bebo água quente da torneira para não ficar doente	0,017* ρ . 0,238^{**}	0,001* ρ . 0,346^{**}	0,003* ρ . -0,297^{**}	0,072*
PD14 - Evito me expor a correntes de ar após o banho quente para não adoecer	0,226*	0,578*	0,100*	0,008* ρ . -0,283^{**}
PD15 - Não me molho com água quente da torneira para não ter gripe ou resfriado	0,052*	0,565*	0,123*	0,118*
Fator 2 – Prevenção através do uso de amuletos.				
PD3 - Tenho medalhas e objetos religiosos que me protegem contra doenças	0,437*	0,248*	0,036* ρ . 0,211^{**}	0,824*
PD10 - Utilizo cristais e pedras como amuletos para ter boa saúde	0,131*	0,123*	0,006* ρ . 0,274^{**}	0,830*
PD13 - Utilizo amuletos de proteção para me proteger de doenças	0,483*	0,009* ρ . -0,259^{**}	0,019* ρ . 0,235^{**}	0,177*
Fator 3 – Prevenção por uso de ritual religioso.				
PD4 – Me benzo para me proteger de doenças	0,033* ρ . 0,213^{**}	0,897*	0,818*	*0,376

Fonte: elaboração própria, 2024

Legenda: Negrito: existência de correlação significativa; *p-valor; ** ρ – Rho de Spearman – coeficiente de correlação.

A análise de correlação entre as variáveis do Fator 1 – *Prevenção a variação de temperatura* e as sociodemográficas (Tabela 4) mostra que todas as variáveis

sociodemográficas analisadas apresentam correlação significativa ($p < 0,05$) com pelo menos uma das variáveis do Fator 1. A correlação entre *Religião* e PD7 (p -valor $< 0,017$ e $\rho = 0,238^{**}$), é considerada fraca e positiva, apontando que os participantes que se autodeclararam como cristão tenderam a concordar com o enunciado da variável “PD7- Não me molho ou bebo água quente da torneira para não ficar doente” do que aqueles que se autodeclararam não cristãos.

A idade dos participantes (em *Faixa etária*) ao se correlacionar com PD7 ($p < 0,001$ e $\rho = 0,359^{**}$), constitui uma correlação fraca e positiva, ou seja, diretamente proporcional, significando que a medida que a idade dos participantes aumenta, maior é a tendência em concordarem com a variável “PD7 - Não me molho ou bebo água quente da torneira para não ficar doente.”. A *Escolaridade* também se correlacionou com PD7 (p -valor $< 0,003$ e $\rho = - 0,297^{**}$), constituindo uma correlação fraca e negativa, ou seja, é indicativo de que os participantes com escolaridade mais alta tendem a discordar dessa crença contida na variável PD7. Por fim, a análise correlação entre a *Renda* e PD14 ($p < 0,008$ e $\rho = - 0,283^{**}$) caracteriza-se como uma correlação fraca e negativa, que significa o quanto maior é a renda dos participantes, menor foi o nível de concordância com a variável “PD14- Evito me expor a correntes de ar após o banho quente para não adoecer” (Tabela 4).

No tocante a análise de correlação de *Spearman* entre as variáveis do Fator 2 – *Prevenção através do uso de amuletos* e as sociodemográficas (Tabela 4), evidenciou correlação fraca e negativa entre *Faixa etária* e PD13 ($p < 0,009$ e $\rho = - 0,259^{**}$), indicando que quanto maior foi a faixa etária dos participantes do estudo, menor o nível de concordância com a variável “PD13 - Utilizo amuletos de proteção para me proteger de doenças”; A variável *Escolaridade* se correlacionou com PD3 ($p < 0,036$ e $\rho = 0,211^{**}$); PD10 ($p < 0,006$ e $\rho = 0,274^{**}$); PD13 ($p < 0,019$ e $\rho = 0,235^{**}$). As três correlações se configuram como correlações fracas e positivas, que apontam para o entendimento de que quanto maior a escolaridade dos participantes, menor a concordância com as crenças expressas nas variáveis “PD3 - Tenho medalhas e objetos religiosos que me protegem contra doenças”, “PD10 - Utilizo cristais e pedras como amuletos para ter boa saúde”, “PD13 - Utilizo amuletos de proteção para me proteger de doenças”.

A análise de correlação entre a variável PD4 – “Me benzo para me proteger de doenças” do “Fator 3 – *Prevenção por uso de ritual religioso*” e as variáveis sociodemográficas, evidenciou a existência de uma correlação fraca e positiva entre *Religião* e variável PD4 ($p < 0,033$ e $\rho = 0,213^{*}$), indicando que os participantes autodeclarados como cristão apresentaram tendência a concordar com a variável “PD4 – Me benzo para me proteger de doenças”.

4.4 DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica dos participantes mostrou uma prevalência do público feminino que pode ter explicação sociocultural, uma vez que ainda recai sobre a população feminina o papel de cuidadora da família, sobretudo nos cuidados com a saúde (Borsa & Nunes, 2011), fato que propicia a presença das mulheres em maior número nos postos de saúde. Associado a isso, a escassez de políticas públicas voltadas a saúde dos homens, com foco no incentivo a sua participação nos processos de saúde das famílias, ou mesmo visando uma adequação dos horários de funcionamento dos serviços de saúde de modo a se tornarem mais compatíveis com os horários de trabalho comuns ao público masculino (Lima & Aguiar, 2020).

Quanto a *Escolaridade* foi possível verificar entre os participantes que a maioria apresenta ensino médio incompleto, contudo nota-se a influência da escolaridade na compreensão da crenças e comportamentos mágicos e religiosos ao se observar a existência de correlação significativas e negativas relacionadas a *explicação do adoecimento* (“Influência da temperatura” e “Influência essencialista”); a *tratamento em saúde* (“Tratamento Centrado na Fé e na Religião” e “Tratamentos baseado em superstições”) e na *prevenção em saúde* (“prevenção à variação de temperatura”), que pode expressar que na medida em que se aumenta a escolaridade, menor é o grau de concordância com crenças mágicas voltadas a saúde.

Frente ao exposto pode-se apresentar como hipótese explicativa a ideia de que o acesso a informação e a conhecimentos técnicos científicos provenientes da educação básica ou superior, quando contrário ou incompatíveis com as crenças mágicas podem propiciar a modificação e, ou, extinção de crenças mágicas já existentes, como apontam Shermer (2012) e Krüger (2018), o que podem ter colaborado com uma não aquisição das crenças mágicas pesquisadas, ou pela sua modificação ou extinção das mesmas, caso tenham se feito presente no passado.

Sagan (2006) também destaca que a educação científica oferecida ao longo da educação básica ou em formação superior pode aguçar o senso crítico dos estudantes uma vez que a construção científica que parte da dúvida, buscando conhecimentos mais assertivos que se aproximam da explicação da realidade com o menor grau de imprecisão possível, mostra-se uma ferramenta muito útil no combate intelectual a crenças supersticiosas, mágicas e religiosas.

Contudo, como aponta Machado (2021) a educação científica oferecida pelo sistema educacional brasileiro ainda se mostra pouco eficiente, de modo que a maioria dos participantes da sua pesquisa não conseguiam compreender de forma precisa termos científicos, e nem separar de forma clara conhecimentos científico, pseudocientíficos e não científicos. Diante

disso, o senso crítico científico adquirido através da escolaridade como hipótese explicação da correlação encontrada nesse estudo, necessita ser admitida com parcimônia.

Outra hipótese explicativa possível ao fenômeno pode ser apontada através da premissa de que a aquisição de informações e conhecimentos técnico-científicos através da educação escolar pode ter sido relevante no processo de não desenvolvimento ou modificação das crenças mágicas acerca da saúde.

Embora as crenças apresentem uma tendência cognitiva para se manterem inalteradas, ainda que submetidas a conhecimentos contraditórios, elas podem se modificar a luz de novos conhecimentos e evidências contrárias ou incoerentes com o seu conteúdo (Krüger, 2018; Beck, 2021). Uma vez que essa contradição se faça presente, os sujeitos podem experimentar o processo psicológico denominado de *Dissonância Cognitiva*, processo esse que consiste no desconforto ou sofrimento experimentado frente as contradições entre crenças/conhecimentos sobre algo; os afetos sentidos e direcionado ao mesmo; e as ações e comportamentos realizados (Rodrigues, 2015). O desconforto ou sofrimento sentido durante a Dissonância cognitiva tende a desaparecer quando a coerência interna é reestabelecida, tendo como uma das alternativas para este fim a modificação da crença.

Sendo assim, as aquisições de conhecimentos técnicos-científicos contrários aos das crenças mágicas podem ter exercido influência significativa para modificação de crenças mágicas entre participantes do atual estudo, de modo que, nessa hipótese, os mesmos tenderam a desacreditar das crenças mágicas à medida que aumenta o nível de escolaridade, e conseqüentemente a aquisição de informações de base científica acerca dos processos de saúde.

Ainda sobre a variável *Escolaridade*, ela também apresentou, em menor frequência, correlações em sentido positivo, com o fator “Tratamento com produtos naturais”, na categoria *Tratamentos em Saúde*, e “Prevenção através do uso de amuletos”, na categoria *Prevenção em saúde*. O resultado chama atenção pois diverge do cenário e hipótese apresentados anteriormente, uma vez que o sentido positivo da correlação aponta na direção de que os participantes com maior nível de escolaridade apresentaram tendência a concordar com as variáveis contidas nos fatores acima citados.

Esse cenário pode ser explicado através da compreensão de que nem sempre as crenças mágicas e religiosas se modificam ou perdem força diante da aquisição de conhecimento e informações técnico-científicas (Chrispino, 2020), podendo o equilíbrio interno ser restabelecido através do modo como os indivíduos lidam as informações contraditórias a crença (Rodrigues et al., 2015).

Diante da contradição ou incoerência entre a aquisição de conteúdo científico e a crença mágica preexistente, sobretudo se houver viés religioso, a crença pode resistir a permanecer convicta em detrimento do conhecimento científico (Roque, 2020). Frente a incompatibilidade entre as crenças mágicas e conteúdos científicos, a permanência da crença mágica pode admitir o recurso de vieses cognitivos que permitem a sua sustentação, a exemplo do processo de ignorar ou desacreditar de informações científicas contrárias as crenças mágicas existentes, ou o ato de selecionar e creditar apenas informações científicas que de alguma forma concordam ou são favoráveis a interpretação mágica acerca da realidade (Zeidler et al., 2002).

Pedroso (1982) apresenta correlações importantes entre o nível de escolaridade e a adesão a crenças equivocadas ou supersticiosas voltadas a saúde, nesse caso relacionadas aos cuidados de mães e filhos no período durante o período de puerpério, que mostrou que com o aumento da escolaridade, menor foi o número de crenças equivocadas e religiosas apresentadas pelas mães entrevistadas no estudo.

Paiva (1999) lança luz a essa questão ao entrevistar 26 professores doutores, da Universidade de São Paulo, de cursos de ciências, acerca do assunto. O autor compreendeu que, para os entrevistados, os conhecimentos científicos e suas convicções religiosas não se misturavam, sendo organizados, por tanto, em “mundos/ordens” distintos. Dessa forma, ambos os conhecimentos poderiam permanecer presentes sem produzir efeitos resultados da incoerência entre os mesmos, e sem apresentar reflexos significativos na vida cotidiana dos entrevistados. Teixeira e Andrade (2014) apontam que professores de biologia cristãos tendem a recorrer a diversas práticas que os fazem evitar ou contornar as contradições entre o conhecimento científico e religioso a respeito da origem e evolução das espécies.

Em outro estudo experimental, realizado por Subbotsky (2007), com estudantes britânicos de pós-graduação da área de ciências que se autodeterminaram como descrentes em magia, apresentaram pensamentos mágicos que refletiram nos seus aspectos emocionais e na produção de sonhos quando foram submetidos a sugestões mágicas, ainda que conscientemente e racionalmente não acreditassem na existência e influência de origem mágica. Tal fato apontou para a existência subconsciente de pensamentos e cognição mágica dos participantes, que coexistiam com os seus pensamentos e convicções racionais (Subbotsky, 2005, 2010).

A variável *Religião* chama atenção por se correlacionar de forma positiva com fatores cujas variáveis se relacionaram com algum comportamento ou crença mágica envolvendo o tema religioso, como evidenciado na existência de correlação com o fator “Tratamentos centrados na fé e na religião” e “Prevenção por uso de ritual religioso”, cujo resultado pode ser esperado, uma vez que as religiões, sobretudo a religião cristã, admite em seus dogmas e crenças

de que as forças divinas e espirituais são capazes de promover a cura de doenças e problemas de saúde (A bíblia, 2020). Além disso, culturalmente é extremamente comum que o público cristão acredite, pratique ou observe em seu cotidiano práticas religiosas que remetam a cura e a proteção contra problemas de saúde, como as orações e preces (Oliveira, 2021; Corrêa & Torres, 2021).

Dias (2012) aponta para associações significativas entre idade e o nível de religiosidade no Brasil, de modo que quanto maior a idade, maior o engajamento religioso, dados corroborados por Moreira-Almeida et. al (2010) e Rodrigues (2017), porém esses autores, não obtiveram correlações consistentes e independentes entre escolaridade e renda com os níveis de religiosidade.

A variável *Renda* surge associada a adesão e crença na efetividade de tratamentos naturais, de modo que indivíduos de baixa renda tendem a utilizar mais desse tipo de tratamento (Moaes & Santana, 2001), logo a experimentação cotidiana dos elementos naturais como remédios populares para diversos quadros de saúde, aumentam a probabilidade do desenvolvimento de tratamentos supersticiosos (Soares, 2014).

As correlações significativas obtidas pela Variável *Faixa etária* foram menos expressivas entre as variáveis sociodemográficas analisadas. Essa variável se correlacionou com pelo menos uma das diversas variáveis contidas em cada um dos fatores. Frente a isso pode ser dito que a Faixa etária apresentou influência significativa, embora baixa, com os seguintes fatores: *Tratamentos centrado na fé e na religião; Tratamento com produtos naturais; Prevenção à variação de temperatura; Prevenção através do uso de amuleto.*

Para os fatores *Tratamento centrado na fé e religião e Prevenção à variação de temperatura*, o nível de concordância tendeu a aumentar conforme a idade, apontando para a ideia de que com o avanço da idade aumenta-se a probabilidade de aquisição ou manutenção das crenças e comportamentos mágicos e religiosos. Nessa perspectiva, Santos e Abdala (2008) apontam a vivência religiosa como fator extremamente presente e benéfica para a qualidade de vida de pessoas idosas.

Contudo, diante das correlações entre *Faixa etária* e os fatores *Tratamento com produtos naturais e Prevenção através do uso de amuletos* observou-se o cenário inverso, pois os resultados mostram que o avanço da idade aumentou a probabilidade de discordância no tocante a utilização de elementos naturais para tratamentos e utilização de amuletos para prevenção do adoecimento.

Esse cenário que à primeira vista aparenta ser contraditório, uma vez que a aumento da idade corrobora de forma positiva para a aquisição e manutenção de algumas crenças mágicas

e para outras não, pode apontar para a natureza complexa e multivariável dos elementos influenciadores da aquisição de crenças e comportamentos mágicos. Questões como a influência biológica dos indivíduos (Linderman & Aarnio, 2007); os cenários socioculturais ao qual estão inseridos (Krüger, 2018); ou o conteúdo de crenças e comportamentos preexistentes podem influenciar na aquisição ou não de outras crenças mágicas, uma vez que alguns sistemas de crenças se mostram incompatíveis entre si (Küger, 2018). Frente ao exposto, pode-se compreender que a variável *Faixa etária*, não se apresenta como fator único determinante para aquisição de crenças e comportamentos mágicos e religiosos, de forma global, de modo que aquisição e adesão pode ser também influência por outros fatores não analisados por esse estudo.

No tocante a *Renda*, observa-se que essa foi a variável sociodemográfica que menos obteve correlações entre as variáveis dos fatores testados (*Influência da temperatura; Influência dos astros celestes; prevenção à variação de temperatura.*). Todas as correlações obtidas apontaram para interpretação de que quão maior a renda dos participantes, menor foi o índice de concordância.

Uma hipótese explicativa possível a este cenário, não compreende a Renda como um fator único determinante e influenciador para a diminuição dos níveis de crenças e comportamentos mágicos, podendo admitir influência de outra variável concomitante, uma vez que os índices de renda podem se correlacionar proporcionalmente ao índice de escolaridade (Salvato, Ferreira & Duarte, 2010). Além disso, baixos índices de renda familiar costumam ser associados a maiores índices de evasão escolar, cenário este onde muitos jovens de baixa renda deixam a escola antes da conclusão do ensino fundamental ou médio para encontrar trabalho e ajudar no sustento da família (Zanoni, Venturi & Sousa, 2022).

Nesse estudo, a *Escolaridade* apresentou correlação inversamente proporcional, concomitante a resultado obtido pela *renda*, nos fatores *Influência da temperatura* e *Prevenção à variação de Temperatura*, porém a *Escolaridade* apresentou maior número de correlações com as variáveis dos fatores, e intensidade de correlação um pouco maior que as apresentadas pela *Renda*, porém ambas as variáveis apresentam correlações classificadas como baixas.

Uma das limitações do estudo pode estar associada ao uso de variáveis sociodemográficas a nível individual que pode ter influenciado nos resultados, somado ainda a utilização de instrumento de coleta de dados que talvez não represente de forma fidedigna o contexto sociocultural do cenário estudado.

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou verificar a correlação entre as características sociodemográficas e presença de crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas no cotidiano de usuários da atenção primária à saúde. Os achados mostram que a *Escolaridade* e *Religião* apresentaram maior influência com o nível de concordância em relação a crenças e comportamentos mágicas e religiosos, apesar da baixa intensidade das correlações encontradas. Entende-se que fatores socioculturais exercem, de algum modo, influência acerca no processo de desenvolvimento, aquisição, ou manutenção das crenças mágicas e religiosas voltadas a saúde.

O conhecimento das características sociodemográficas que contribuem na formação e manutenção das crenças mágicas e religiosas tematizadas no campo da saúde pode ser uma peça importante para compreensão, explicação e previsão de como os indivíduos compreendem a saúde diante das suas questões de saúde, seja a nível de explicação, tratamento ou prevenção do adoecimento. Tal conhecimento pode vir a ser incorporado ao planejamento e execução de intervenção em saúde, fomentando práticas e crenças que possam ser benéficas no cuidados em saúde e desestimulando e desmistificando crenças e práticas que possam vir a ser prejudiciais no contexto de saúde da população no âmbito da atenção primária à saúde. Contudo, recomenda-se a realização estudos futuros para avaliação de crenças mágicas mais próximas da realidade cultural do público pesquisado, a fim de buscar resultados mais precisos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- A bíblia. (2020) Bíblia Sagrada com Referências: edição SBU revista e corrigida. Sociedade Bíblica Unida – SBU.
- Baba, R. K., Vaz, M. S. M. G., & Costa, J. da .. (2014). Correção de dados agrometeorológicos utilizando métodos estatísticos. *Revista Brasileira De Meteorologia*, 29(4), 515–526. <https://doi.org/10.1590/0102-778620130611>
- Beck, J. (2021). *Terapia Cognitivo Comportamental – teoria e pratica*. (3ª ed.), Porto Alegre, Artmed.
- Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2011). Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento*, 29(64), 31-39.
- Campos, E. (1967) *Medicina popular do Nordeste*. Rio de Janeiro, RJ, *Brasil: O Cruzeiro*.
- Chrispino, A., de Albuquerque, M. B., & de Melo, T. B. (2020). Crença Forte, ciência fraca? Contribuições sobre a relação Ciência e crença para a educação científica e tecnológica

- em tempos de pós-verdade. *Caderno Brasileiro de Ensino de Física*, 37(3), 1684-1721.
- Corrêa, R. & Torres, I. C. (2021) A virgem do Carmelo: história, devoção e pagamento de promessa em Parintins, Amazonas. *Em Trabalho, cultura e poder: olhares interdisciplinares*. Editora Executiva.
- Corriveau, K. H., Chen, E. E., & Harris, P. L. (2014). Judgments About Fact and Fiction by Children From Religious and Nonreligious Backgrounds. *Cognitive Science*, 39(2), 353–382. doi:10.1111/cogs.12138
- Dias, E. N. (2012) *Religiosidade e Fatores Relacionados: Um estudo com residentes da cidade de Itajubá*, Minas gerais. [Dissertação de mestrado] Universidade de São Paulo.
- Harari, Y. N. (2020). *Sapiens: uma breve história da humanidade*. (3ª edição) Editora Companhia das Letras.
- Krüger, H. (2018) *Psicologia Social das Crenças*. Curitiba: Editora CRV.
- Lanman, J. A., & Buhrmester, M. D. (2017). Religious actions speak louder than words: Exposure to credibility-enhancing displays predicts theism. *Religion, Brain & Behavior*, 7(1), 3-16
- Lima, C.de S., & Aguiar, R. S. (2020). Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(4), e157943027-e157943027.
- Machado, M. M., da Silva, G. M., & Fontella, L. G. (2021). Letramento científico e percepções populares: uma análise sobre conhecimentos de Ciência e pseudociência. *Ciência E Natura*, 43, e92-e92.
- Moraes, M. E. A., & Santana, G. S. M. (2001). *Aroeira do sertão: um candidato promissor para o tratamento de úlceras gástricas*. Funcap, 3, 5-6.
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37, 12-15.
- Norenzayan, A., & Gervais, W. M. (2013). The origins of religious disbelief. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(1), 20–25.
- Oliveira, F. M. (2021) “Jesus, filho de Davi, tenha compaixão de mim”: a terapêutica da fé e as práticas educativas das curas elaboradas na Missa de Cura (João Pessoa, 1995-2019). [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Campina Grande.
- Paiva, G. J. de. (1999) Representação social da religião em docentes-pesquisadores universitários. *Psicologia*, USP, São Paulo, v. 10, n. 2
- Patacchini e Zenou (2016) Redes sociais e comportamento parental na transmissão

- intergeracional da religião. *Quantitative Economics*, v.7.
- Pedroso, M. E. D. M. (1982). Crenças relacionadas com a gestação e o puerpério. [Tese] LILACS, BDENF – Enfermagem.
- R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (2015). *Psicologia Social*. (32^a. Ed.). Petrópolis, RJ: Vozes
- Rodrigues, L. R., Nader, I. D., de Melo, A. T., dos Santos Tavares, D. M., de Assunção, L. M., & Molina, N. P. F. M. (2017). Espiritualidade e religiosidade relacionadas aos dados sociodemográficos de idosos. *Rev Rene*, 18(4), 429-436.
- Roque, T. (2020) O negacionismo no poder. *Piauí*, n. 161.
- Sagan, C. (2006) *O mundo assombrado pelos demonios*. (Edição de Bolso), Companhia das Letras.
- Salvato, M. A., Ferreira, P. C. G., & Duarte, A. J. M.. (2010). O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Estudos Econômicos* (São Paulo), 40(4), 753–791.
- Sampaio, P. H. De R. (2016) . *O comportamento Religioso: Análise da Religião e da Religiosidade sob uma perspectiva behaviorista radical*. [Dissertação de Mestrado], Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Santos, N. C. D., & Abdala, G. A. (2014). Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17, 795-805.
- Shermer, M. (2012). *Cérebro & crença: De Fantasmas e Deuses à Política e às Conspirações— Como Nosso Cérebro Constrói Nossas Crenças e as Transforma em Verdades*. Tradução de Eliane Rocha. São Paulo: JSN Editora.
- Subbotsky E. (2005). The permanence of mental objects: Testing magical thinking on perceived and imaginary realities. *Developmental Psychology*, 41, 301-318.
- Subbotsky E. (2007). Children’s and adults’ reactions to magical and ordinary suggestion: Are suggestibility and magical thinking psychologically close relatives? *British Journal of Psychology*, 98, 547-574.
- Subbotsky E. (2010a). *Magic and the mind: Mechanisms, functions and development of magical thinking and behavior*. New York, NY: Oxford University Press.
- Teixeira, P.; Andrade, M. (2014) Entreas crenças pessoais e a formação acadêmica: comoprofessores de biologia que professam fé religiosa ensinam evolução?

Ciência&Educação, Bauru, v.20, n. 2.

Zanoni, B. H. B.; Venturi, T.; Sousa, R. S. de. (2022) Determinantes sociais da saúde e sua influência na evasão escolar de estudantes da educação de jovens e adultos. *EDUCERE – Revista de Educação*, Umuarama, v. 22.

Zeidler, D. L. *et al.* (2002) Tangled up in views: beliefs in the nature of science and responses to socioscientific dilemmas. *Science Education*, New York, v. 86, n. 3.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção dessa dissertação, bem como dos artigos nela contidos, nos permite um breve passeio pela ampla temática das crenças e comportamentos mágicos produzidos, vivenciados e compartilhados pelos seres humanos. As crenças e comportamentos mágicos fazem parte do nosso funcionamento, sendo resultado dos nossos processos psíquicos, e permeiam, por tanto, nossas compreensões, explicações, sentimentos, organizações sociais, tomadas de decisões em diversos contextos, indo muito além da temática explorada nesse estudo.

Embora as crenças mágicas ou comportamentos místicos possam, ao ser destituído de valor ou lógica empírica, apontados como conhecimentos descartáveis e sem validade frente a compreensão da, e ação diante da, realidade, são fenômenos de extremo valor a experiência subjetiva dos sujeitos e comunidades. Essas crenças, por vezes, fundamentam costumes, organizações ou sistemas de crenças que trazem sentidos e significados, bem como ordem e direcionamento, em diversas áreas temáticas que compõem a pluralidade da vida do ser humano em sua experiência pessoal e comunitária. O aspecto mágico ou místico é parte do funcionamento humano, sendo intuitivo e presente ao longo de toda a vida em maior ou menor grau, logo é imprescindível para a compreensão global dos seus fenômenos.

Este trabalho, ao voltar-se ao aspecto místico envolvidos nos processos de saúde doença, lança luz sobre a subjetividade dos usuários assistidos pela Estratégia Saúde da Família – ESF da cidade de Campina Grande- PB, evidenciando a existência de diversas crenças e comportamentos mágicos e religiosos. Para além disso demonstra que a crença ou adesão a comportamentos nessa categoria de crenças não são unânimes, sendo mais adotados em presentes em alguns participantes do estudo e em outros não.

As crenças com maiores níveis de adesão estão associadas a ideia de que a experiência das variações de temperatura se correlacionam diretamente com os quadros de saúde, sendo utilizadas na explicação do adoecimento e também como método de prevenção ao adoecimento;

também nas crenças voltadas a influência espiritual/religiosa, presentes na explicação do adoecimento, nos métodos de tratamento e em métodos de prevenção do adoecimento.

Tornou-se possível observar que aspectos sociodemográficos se correlacionaram com diversas crenças e comportamentos apresentados, ou não, pelos participantes. Frente a isso, conclui-se que características socioculturais e econômicas dos indivíduos exercem algum nível de interferência nos processos de desenvolvimentos ou aprendizado de crenças e comportamentos mágicos e místicos. A variável sociodemográfica que mais apresentaram correlações, ainda que classificadas com intensidade fracas, com os níveis de adesão às crenças e comportamento místicos foi a *Escolaridade*, com resultados que apontara interpretação que tanto maior o nível de escolaridade menor foi o nível de adesão a crença e comportamento mágico. Outro aspecto sociodemográfico que obteve destaque nas correlações, embora também classificadas uma fraca intensidade, foi a *Religião*, apontando para interpretação que os cristãos obtiveram maior tendência a aderir a comportamento e crenças religiosas, do que o público não cristão.

Espera-se que estudos futuros consigam estudar e explorar esses cenários com uma maior acurácia sociocultural, uma vez que os instrumentos utilizados foram elaborados de forma ampla a partir de fontes diversas, e podem não representar com exatidão as peculiaridades da experiência mágica e religiosa na amostra estudada. Dessa forma, propor e executar estudos mais centrados em crenças mapeadas de forma exploratória na cultura da amostra estudada, pode propiciar resultados mais precisos e conclusivos acerca da temática pesquisada.

REFERÊNCIAS

- A bíblia. (2020) *Bíblia Sagrada com Referências: edição SBU* revista e corrigida. Sociedade Bíblica Unida – SBU.
- Afinal, será que pegar friagem pode me deixar doente?* (2019) Acessado em julho de 2022. Supera Farma. [site] recuperado de <https://superafarma.com.br/afinal-sera-que-pegar-friagem-pode-me-deixar-doente/>
- Barrio, P. C. C. C., Barros, N. F., Contatore, O. A., Durval, M. R., Coutinho, B. D., Santos, J. A., Nascimento, J. L., Oliveira, S. L., & Peres, S. M. P.. (2015). Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3263-3273.
- Beck, J. S. (2021). *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. 3ª Ed. Artmed.
- Belleville, G., Foldes-Busque, G., Dixon, M., Marquis-Pelletier, É., Barbeau, S., Poitras, J., ... & Marchand, A. (2013). Impact of seasonal and lunar cycles on psychological

- symptoms in the ED: an empirical investigation of widely spread beliefs. *General hospital psychiatry*, 35(2), 192-194.
- Boccutto, D. P. P., Mor, A. C. M. B. L., & Teixeira, D. V. (2022). O sistema cultural de saúde biomédico em perspectiva na comunidade Ilé Alákétu Asè Ifá Omo Oyá. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 989-998.
- Brasil. (2006). Portaria nº917. Ministério da Saúde. Brasília, *Ministério da Saúde*.
- Brasil. (2015) Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília, *Ministério da Saúde*. 2ª Ed.
- Brasil. (2017). Portaria nº849. Ministério da saúde. Gabinete de Ministério. Brasília, *Ministério da Saúde*.
- Brasil. (2018a). Ministério da Saúde, Secretaria de atenção a saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília, Ministério da saúde. Recuperado em https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/glossario_pics.pdf.
- Brasil. (2018b). Portaria nº702. Diário Oficial da União. Brasília, *Ministério da saúde*. Ed. 56. S.1. P.65.
- Brasil. (2022). Departamento de Atenção Primária. Histórico de Cobertura da APS, Janeiro a Abil/2022.
- Brasil. (2024). Departamento de Atenção Primária. Histórico de Cobertura da APS, Janeiro a Dezembro de 2023. Recuperado em e-Gestor AB (saude.gov.br). acesso em 01/mar/2024.
- Campos, E. (1967) Medicina popular do Nordeste. Rio de Janeiro, RJ, *Brasil: O Cruzeiro*.
- Cascudo, C. (1967). *Préfacio*. In: *Medicina popular do Nordeste*. 3 Ed. Editora O cruzeiro.
- Castro, E. K. & Remor, E. (2018). Introdução a Psicologia da Saúde. Em *Bases Teóricas da Psicologia da Saúde*. 1ªEd. Editora Apriss.
- Conselho Federal de Medicina (2018) *Para CFM, práticas integrativas incorporadas ao SUS não têm fundamento científico*. Recuperado em <https://portal.cfm.org.br/noticias/para-cfm-praticas-integrativas-incorporadas-ao-sus-nao-tem-fundamento-cientifico/>
- Conte, J. (2016). Tomar vento depois do banho quente faz mal? Recuperado de <https://drauziovarella.uol.com.br/neurologia/tomar-vento-depois-do-banho-quente-faz-mal/>
- Corrêa, R. & Torres, I. C. (2021) A virgem do Carmelo: história, devoção e pagamento de promessa em Parintins, Amazonas. *Em Trabalho, cultura e poder: olhares interdisciplinares*. Editora Executiva.
- Costa, A. (2020). *Poranduba 66 – faq folclórico*. [Podcast]. Recuperado em <https://coleccionadordesacis.com.br/2020/01/23/poranduba-66-faq-folclorico/>

- Costa, A. (2022). *Poranduba 108 – Cachorro no folclore* (com Carol Barros ‘Petlady’). [Podcast]. Recuperado em <https://coleccionadoresacis.com.br/2021/12/13/poranduba-108-cachorro-no-folclore-com-carol-barros-petlady/>
- Devinsky, O., & Penry, J. K. (1993). Quality of life in epilepsy: the clinician's view. *Epilepsia*, 34, S4-S7.
- Feichas, N. M. L. C., Schweickardt, J. C., & Ferla, A. A. (2020). Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus, AM, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24.
- Floresta, S. R., & Souza, T. M. (2022). A Saúde Pública E As Benzedeadoras De Iporá, Goiás. *Fios do tempo vivido e a tecitura do presente: Iporá sob novos olhares*, 142.
- Grasel, J., da Rosa dos Reis, T. L., & Silveira de Quadros, J. (2018). Influência do ciclo lunar na frequência de admissões hospitalares na maternidade: estudo retrospectivo. *Revista Baiana De Enfermagem* 32 ., <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26537>
- Gummit R.J. (1997) *Living well with epilepsy*. 2nd ed. New York: Demos Vermande,
- Harari, Y. N. (2016). *Homo Deus: uma breve história do amanhã*. Editora Companhia das Letras.
- Herculano-Houzel, S. (2017). *A vantagem humana: Como nosso cérebro se tornou superpoderoso*. Editora Companhia das Letras.
- Hood, B. M. (2012). *Supersentido: porque acreditamos no inacreditável*. Editora Novo Conceito.
- IBGE, (2024). *População de Campina Grande*. [Site] Recuperado de [Panorama do Censo 2022 \(ibge.gov.br\)](https://cidades.ibge.gov.br/panorama/censo-2022)
- Johnson, S. B., Park, H. S., Gross, C. P., & Yu, J. B. (2018). Use of alternative medicine for cancer and its impact on survival. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 110(1), 121-124.
- Kobayashi, S. (n.d) Terapia com Cristais: como funciona, para que serve e benefícios. Acessado em julho de 2022. *Personare*. [Site] recuperado em <https://www.personare.com.br/conteudo/terapia-com-cristais-m5419>
- Krüger, H. (2013). Ideologias, sistemas de crenças e atitudes. In: Torres, A. R. R. (2 ed) *Psicologia Social: temas e teorias*. Brasília: Technopolitik.
- Leite, P. (n. d.) *Faz mal comer abacaxi menstruada?* Acessado em julho de 2022. Mundo boa forma [Site] Recuperado em <https://www.mundoboaforma.com.br/faz-mal-comer-abacaxi-menstruada/>

- Magalhães, C. (2021) Guardar rancor faz mal e pode até causar doenças; veja dicas para perdoar e seguir em frente. *Jovem Pan* [Site] acessado em julho de 2022. Recuperado em <https://jovempan.com.br/opiniao-jovem-pan/comentaristas/camila-magalhaes/guardar-rancor-faz-mal-e-pode-ate-causar-doencas-veja-dicas-para-perdoar-e-seguir-em-frente.html>
- Malhotra N. K., Rocha I., Laudino M. C., Altheman É., Borges F. M. (2005). *Introdução à pesquisa de Marketing*. São Paulo: Prentice Hill.
- Martins, P. G., Brito, R. S., Santos, P. D. C. M. D., Laverde, C. R., Oliveira, N. F. D., & Pilger, C. (2021). Conhecimento popular e utilização das práticas integrativas e complementares na perspectiva das enfermeiras. *J. nurs. health*, 2111219495-2111219495.
- Monteiro, L. (2020) *Senhoras do tempo, as credences afloram e desafiam a ciência*. [Site] recuperado em https://www.em.com.br/app/noticia/bem-viver/2022/03/13/interna_bem_viver,1351535/senhoras-do-tempo-as-credences-afloram-e-desafiam-a-ciencia.shtml.
- Oliveira, É. C. S., & Trovão, D. M. D. B. M. (2009). O uso de plantas em rituais de rezas e benzeduras: um olhar sobre esta prática no estado da Paraíba. *Revista brasileira de Biociências*, 7(3).
- Oliveira, F. M. (2021) “Jesus, filho de Davi, tenha compaixão de mim”: a terapêutica da fé e as práticas educativas das curas elaboradas na Missa de Cura (João Pessoa, 1995-2019). [Dissertação], Universidade Federal de Campina Grande.
- Outros saberes (2006). Acessado em julho de 2022. [Site] Recuperado em <http://www.historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/outrossaberes/simpatias.htm>
- Pilati, R. (2018). *Ciência e Pseudociência*. São Paulo: Editora Contexto. 1ª Ed.
- Pitcher, G. J., & Bowley, D. M. (2002). Infant rape in South Africa. *Lancet*, 359(9303), 274-275.
- Posso, M. B. S. (2021) Integrative and Complementary Health Practices in Pain Treatment. *BrJP*. V.4., n.2. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210035>
- Ramos, M. F., Papa, R. & Cherci Jr., S. (2021) *Curas Espirituais à lux da doutrina espírita*. Boa nova Editora. São Paulo.
- Ribeiro, J. L. P. (2011). A Psicologia da Saúde. (Cap.1) *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. EDUEPB.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (2015). *Psicologia Social*. (32ª. Ed.). Petrópolis, RJ: Vozes

- Seixas, L. (2017) O que você não sabia sobre hemorroidas. Verdades e mitos. Acessado em julho de 2022. *Centro de Cirurgia Digestiva* [Site]. Recuperado em <https://ccddf.com.br/o-que-voce-nao-sabia-sobre-hemorroidas-verdades-e-mitos/#:~:text=Sentar%20em%20lugares%20quentes%20causa,S%C3%A3o%20duas%20doen%C3%A7as%20distintas>.
- Shermer, M. (2011). *Por que as pessoas acreditam em coisas estranhas: pseudociência, superstição e outras confusões dos nossos tempos*. São Paulo: JSN Editora.
- Shermer, M. (2012). *Cérebro & crença. De Fantasmas e Deuses à Política e às Conspirações— Como Nosso Cérebro Constrói Nossas Crenças e as Transforma em Verdades*. Tradução de Eliane Rocha. São Paulo: JSN Editora.
- Simon, A. R. L., Samrsl, C. D. A., Soares, M. D. S., & Bernick, R. M. (2019). Mau olhado ou quebranto: uma síndrome psiquiátrica relacionada à cultura. *Salão do Conhecimento*.
- Siqueira, T. C. D. A. (2003). *Da gestão ao resguardo: a fala social de agentes de saúde de um assentamento do MST em Alagoas* [Dissertação], Fundação Oswaldo Cruz, Nordeste do Brasil.
- Souza, M. A. D. (2009). *A influência da fé no processo saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristãos*. [Dissertação] Universidade Federal de Goiás.
- Straub, R. O. (2014) *Psicologia da Saúde*. 3.ed. Artmed.
- Tesser, C. D., Souza, I. C., Nascimento, M. C. (2021) Capítulo 4 : Práticas Integrativas E Complementares Na Atenção Primária A Saúde Brasileira. Em *Experiências E Reflexões Sobre Medicinas Tradicionais, Complementares E Integrativas Em Sistemas De Saúde Nas Américas*. Fiocruz – PE.
- Thomas, C. (n.d.) É verdade que o estresse, susto e nervoso podem provocar abortos?. Acessado em julho de 2022. *Baby center*. [site]. Recuperado em <https://brasil.babycenter.com/x5400007/%C3%A9-verdade-que-estresse-susto-e-nervoso-podem-provocar-aborto>
- Vasconcelos, E. M. (2009). Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cadernos Cedes*, 29(79), 323-333.
- Vernin, L. R. S., Gonzaga, L. M., Valle, M. O. F. R. D., Silva, M. J. P. D., Ermel, R. C., & Puggina, A. C. (2019). História espiritual e preferência de intervenção religiosa de pacientes crônicos cristãos. *Nursing* (São Paulo), 22(252):2868-2874.

APÊNDICE

Apêndice A

Questionário sobre crenças e comportamentos mágicos no processo de saúde-doença

Numero do Questionário: _____

Parte 1 – Caracterização sociodemográficas dos participantes do estudo

DADOS DE DEOMGRÁFICOS	
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Idade: _____ Gênero: M () F () Outro ()
Etnia/Cor: 1. Branca () 2. Negra () 3. Parda () 4. Amarela () 5. Outro () 6. Não declarou ()	
Situação conjugal 1. Solteiro () 2. Casado () 3. Separado () 4. Viúvo () 5. Outro ()	
2. DADOS SOCIOECONÔMICOS	
Escolaridade: 1. Não alfabetizado () 5. Ensino Médio Completo () 2. Ensino fundamental Incompleto () 6. Ensino Superior Incompleto () 3. Ensino Fundamental Completo () 7. Ensino Superior Completo () 4. Ensino Médio Incompleto () 8. Não sabe/Não respondeu ()	
Religião: 1. Cristã () 3. Umbanda () 5. Candomblé () 7. Outro (): _____ 2. Espirita () 4. Ateísmo () 6. Não sabe/não respondeu ()	
Situação Ocupacional: _____ Não sabe/não respondeu: ()	
Renda familiar: R\$ _____ Não sabe/não respondeu: ()	

Parte 2 - Escala de crenças e comportamentos mágicos e religiosos no processo de saúde-doença

Orientação: Leia as afirmativas abaixo e assinale o grau de concordância considerando as seguintes opções:

Questões sobre as explicações do adoecimento.

1. Existem doenças que possuem origem espiritual.

() () () ()

2. Doenças podem ser resultado de castigos divinos.

() () () ()

3. Doenças podem ser causadas por mal olhado, praga, maldição ou feitiço.

() () () ()

4. Se expor ao ar frio do anoitecer ou amanhecer (sereno) faz mal à saúde.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

5. Sair de um ambiente quente diretamente para um ambiente frio pode causar trombozes (entortar a boca).

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

6. Se molhar ou beber água quente da torneira provoca doença respiratória.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

7. Se uma mulher grávida olhar para um eclipse pode prejudicar a gestação.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

8. A lua cheia agrava os quadros de doenças mentais.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

9. A lua cheia induz gestantes a entrar em trabalho de parto.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

10. Usar roupa de outra pessoa, mesmo estando totalmente limpas, pode causar doenças.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

11. Tocar em roupas de pessoas que já morreram, mesmo se tiverem limpas, podem trazer doenças.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

12. Sentar-se em lugares onde outra pessoa estava sentada anteriormente, enquanto o assento ainda quente, pode trazer doenças.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

13. Guardar rancor pode causar doenças físicas ao corpo.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

14. Tomar susto grande provoca adoecimento mental.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

15. Pessoas mais estressadas tem mais chance de desenvolver câncer.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

Questões sobre o tratamento de Saúde

1. A fé e a religião têm poder para curar doenças.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

2. Utilizo de orações e rezas dentro da minha religião para tratar problemas de saúde.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

3. Direciono meus desejos de melhora de saúde às pessoas que estão adoecidas.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

4. Realizo promessas buscando a cura de problemas de saúde.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

5. Realizo tratamentos espirituais com ajuda de benzedeira ou rezadores.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

6. Utilizo chás feitos com plantas para o tratamento de doenças.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

7. Passo plantas pelo corpo, para tratamentos de saúde.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

8. Utilizo alimentos de origem animal como remédio para doenças.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

9. As plantas possuem poder/energia/essência capaz de tratar doenças.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

10. Beber leite tira o efeito de envenenamento.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

11. Queimar a roupa do corpo da pessoa que teve convulsão cura ela da doença.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

12. Lambida de cachorro ajuda a cicatrizar feridas.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

13. Joguei dente de leite em cima da casa para que um novo cresça saudável.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

14. Tomar bebidas quentes ajuda a curar gripes e resfriados.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

15. É possível tirar a febre do corpo ao ficar em lugares muito quentes.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

Questões sobre prevenção em saúde

1. Faço orações ou rezas de acordo com minha religião para manter boa saúde

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

2. Utilizo os serviços de benzedeiras para manter boa saúde.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

3. Tenho medalhas e objetos religiosos que me protegem contra doenças.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

4. Me benzo para me proteger de doenças.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

5. Evito pisar descalço no chão frio para não adoecer.

Discordo totalmente

()

Discordo

()

Concordo

()

Concordo totalmente

()

6. Evito tomar líquidos frios após comer comidas quentes, para evitar trombozes (entortar a boca).

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

7. Não me molho ou bebo água quente da torneira para não ficar doente.

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

8. Bato na madeira para me proteger de problemas de saúde.

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

9. Evito falar o nome de doenças para não atraí-las para mim.

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

10. Utilizo cristais e pedras como amuletos para ter boa saúde.

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

11. Mantenho em minha casa plantas que tem poder de proteção contra doenças.

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

12. Utilizo de chás de plantas para manter boa saúde.

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

13. Utilizo amuletos de proteção para me proteger de doenças.

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

14. Evito me expor a correntes de ar após o banho quente para não adoecer.

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

15. Não me molho com água quente da torneira para não ter gripe ou resfriado.

Discordo totalmente () Discordo () Concordo () Concordo totalmente ()

Apendice B

1

*Termo de consentimento livre esclarecido***Página 1 de 2****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Crenças e Comportamentos Mágicos e Religiosos no Processo de Saúde-Doença de Usuários de Atenção Primária à Saúde em Campina Grande - PB: das Causas do Adoecimento aos Métodos de Tratamento**” que tem como pesquisador responsável Caio Eduardo de Araujo Farias (contato telefone Celular: (83) (83) 99813-0046, e-mail: caio.eduardo.araujo.farias@aluno.uepb.edu.br, sob orientação de **Ardigleusa Alves Coêlho** (contato telefone Celular: (83) 996450738, e-mail: ardigleusacoelho@gmail.com). O motivo que nos leva ao mapeamento e conhecimento de crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas adotados no processo saúde-doença pelos usuários da estratégia saúde da família em Campina Grande-PB, se justifica pela sua contribuição no planejamento de políticas públicas em saúde, que promovam uma melhor integração entre os saberes populares e os serviços de saúde, bem como proporcionar o fortalecimento de aspectos culturais benéficas aos processos de saúde e o desuso de aspectos culturais e práticas maléficas a saúde. Os Objetivos do estudo são: mapear e conhecer crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas adotados no processo saúde-doença pelos usuários da estratégia saúde da família em Campina Grande-PB e mais especificamente identificar a presença de pensamentos e crenças mágicas para explicação de adoecimentos pelos usuários; verificar a ocorrência de comportamentos supersticiosos e/ou, práticas mágicas utilizadas pelos usuários para evitar o adoecimento, tratamento e prevenção de doenças. mensurar os níveis de adesão a pensamentos e comportamentos mágicos comuns voltados a prevenção e tratamento de doença e correlacioná-los com o perfil sociodemográfico dos participantes e; caracterizar os tipos de pensamentos mágicos e práticas mágicas apresentadas pelos usuários. A pesquisa se caracteriza como um estudo de campo, de caráter transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e será realizada nas Unidades Básicas de Saúde com estratégia de saúde da família de Campina Grande-PB. A coleta de dados será realizada através da aplicação de um questionário. Os participantes do estudo serão contatados previamente pelo pesquisador para agendamento da aplicação do questionário. Fui informado que a pesquisa poderá acarretar riscos ao participante relacionados a aplicação do questionário que poderá vir a causar algum desconforto ao participante. Para minimizar o risco, será assegurado ao participante que o pesquisador buscará tornar o ambiente amigável, acolhedor e alheio de julgamento, bem como esclarecendo acerca da livre participação e que a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento pelo participante. Fui informado (a) que a pesquisa poderá trazer como benefícios os resultados obtidos-poderão auxiliar nos processos de educação em saúde; melhorar os vínculos com a equipe de saúde, através do acolhimento e proximidade dos serviços de saúde com a cultura popular, bem como minimizar práticas mágicas que ofereçam risco e fortalecer as que trazem benefícios através de ações em saúde; auxiliar no processo de construção de políticas públicas.

O pesquisador me garantiu:

- Que a minha participação é inteiramente voluntária e não remunerada.
- Que poderei me recusar a participar ou retirar o meu consentimento a qualquer momento da realização do estudo ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo
- Que poderei me recusar a responder qualquer pergunta existente nos instrumentos de coleta de dados.
- Que o questionário somente será aplicado após o meu consentimento.

Página 2 de 2

- Que terei acompanhamento e assistência durante o desenvolvimento da pesquisa.
 - Fui informado que não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro por participar desta pesquisa ou qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e não receberei pagamento algum. Entretanto, caso necessite me deslocar por causa exclusivamente da pesquisa ou tenha algum prejuízo financeiro devido a participação do estudo, serei ressarcido.
 - Fui informado que todos os encargos financeiros, se houver, serão de responsabilidade do pesquisador responsável. E que caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da minha participação da pesquisa, serei indenizado,
 - Fui informado (a) que caso eu tenha dúvidas em relação aos aspectos éticos, eu poderei consultar o **CEP/UEPB - Rua: dos Baraúnas 351 – Bairro Universitário -- E-mail: cep@uepb.edu.br – telefone: (83) 3315-3373.**
 - Fui informado (a) que as informações que foram coletadas serão utilizadas apenas para a pesquisa e poderão ser divulgadas em eventos e publicações científicas, porém minha identificação será resguardada.
 - Fui informado (a) que esse termo de consentimento foi elaborado em duas vias, que terá todas as vias rubricadas pelo pesquisador e pelo participante e que uma via será do participante da pesquisa e outra para a pesquisador responsável.
 - Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **99813-0046** falar com **Caio Eduardo de Araújo Farias.**
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor dele, dato, assino e rubrico este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, ___/_____/_____

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica do Participante da Pesquisa

ANEXOS

Anexo A

Parecer circunstanciado do Comitê de Ética (UEPB)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRENÇAS E COMPORTAMENTOS MÁGICOS E RELIGIOSOS NO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA DE USUÁRIOS DE ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE - PB: DAS CAUSAS DO ADOECIMENTO AOS MÉTODOS DE

Pesquisador: CAIO EDUARDO DE ARAUJO FARIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61100122.4.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.563.948

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório e quantitativo que constará de 138 participantes, com idade igual ou superior a 20 anos, em atendimento ou a espera de atendimento na unidade básica de saúde durante a coleta de dados. A coleta ocorrerá entre os usuários de sete equipes de saúde da família, escolhidas por sorteio de modo em que cada unidade represente um dos sete distritos sanitários da cidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Mapear e conhecer crenças, comportamentos supersticiosos e práticas mágicas adotados no processo saúde-doença pelos usuários da estratégia saúde da família de Campina Grande-PB.

Objetivos Específicos

Identificar a presença de pensamentos e crenças mágicas e religiosas na explicação de adoecimentos pelos usuários.

Verificar a ocorrência de comportamentos supersticiosos e/ou, práticas mágicas e religiosas utilizadas pelos usuários para evitar o adoecimento, tratamento e prevenção de doenças.

Mensurar os níveis de adesão a pensamentos e comportamentos mágicos e religiosos comuns voltados a prevenção e tratamento de doença e correlacioná-los com o perfil sociodemográfico dos

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.563.948

participantes.

Caracterizar os tipos de pensamento e práticas mágicas e religiosas apresentadas pelos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos envolvidos nesta pesquisa estão relacionados à aplicação do questionário que poderá vir a causar algum desconforto ao participante, diante do qual o pesquisador buscará minimizar o risco tornando o ambiente amigável, acolhedor e alheio de julgamento, bem como esclarecendo acerca da livre participação, e que esta pode ser interrompida a qualquer momento pelo participante. Caso seja percebida alguma demanda de saúde mental que necessite de escuta e orientação psicológica, poderá ser realizado, após escuta qualificada por parte do profissional/pesquisador, que possui formação em psicologia, a identificação da questão e, se não resolvida ainda no ambiente em questão, o pesquisador atuará como ponto entre o participante e o serviço de saúde competente para acolher a demanda, sendo estes a Clínica Escola da UEPB, Unidade Básica de Saúde ou, se necessário for, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Os benefícios esperados podem superar possíveis riscos, uma vez que, que os resultados obtidos poderão auxiliar nos processos de educação em saúde; melhorar os vínculos com a equipe de saúde, através do acolhimento e proximidade dos serviços de saúde com a cultura popular, bem como minimizar práticas mágicas que ofereçam risco e fortalecer as que trazem benefícios através de ações em saúde; auxiliar no processo de construção de políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta do projeto é relevante, uma vez que proporciona não apenas acadêmica, como também social, uma vez que fornecerá subsídios para os fortalecimento de vínculos entre usuários e equipe de saúde e a elaboração de programas para a assistência dos envolvidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: anexada;

Autorização Institucional: Anexada

Declaração de concordância com projeto de pesquisa: anexado

Termo de autorização para gravação: anexado

Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável: anexado

TCLE: anexado

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPG**



Continuação do Parecer: 5.563.948

Recomendações:

O projeto é relevante, apresenta importância acadêmica e social. A metodologia está clara e adequada ao que se propõe. Todos os termos foram anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta todos os documentos necessários e, desta forma, está aprovado salvo melhor entendimento.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1987284.pdf	28/07/2022 14:16:40		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/07/2022 14:16:11	CAIO EDUARDO DE ARAUJO FARIAS	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_intitucional.pdf	25/07/2022 10:52:26	CAIO EDUARDO DE ARAUJO FARIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/07/2022 10:51:35	CAIO EDUARDO DE ARAUJO FARIAS	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA_COM_PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	25/07/2022 10:22:13	CAIO EDUARDO DE ARAUJO FARIAS	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	25/07/2022 10:19:38	CAIO EDUARDO DE ARAUJO FARIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	25/07/2022 10:16:48	CAIO EDUARDO DE ARAUJO FARIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.563.948

CAMPINA GRANDE, 04 de Agosto de 2022

Assinado por:
Gabriela Maria Cavalcanti Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

