



SAÚDE PARA PRATICANTES DO OMOLOKÔ: ESTRUTURA REPRESENTACIONAL, ESPIRITUALIDADE E CUIDADO*

HEALTH FOR OMOLOKÔ PRACTITIONERS: REPRESENTATIONAL STRUCTURE, SPIRITUALITY, AND CARE

SALUD PARA LOS PRACTICANTES DEL OMOLOKÔ: ESTRUCTURA REPRESENTACIONAL, ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO

Carla Cristina Gonçalves¹
França Helena Elias Pereira¹
Lívia Fajim de Melo¹
Mílana Quaresma Lopes¹
Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade¹
Antonio Marcos Tosoli Gomes¹

ORCID: 0000-0002-2415-0164
ORCID: 0000-0001-6899-9269
ORCID: 0000-0002-5613-7976
ORCID: 0000-0002-4814-3444
ORCID: 0000-0003-0840-4838
ORCID: 0000-0003-4235-9647

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Como citar: Gonçalves CC, Pereira FHE, Melo LF, Lopes MQ, Andrade PCST, Gomes AMT. Health for Omolokô practitioners: representational structure, spirituality, and care. Online Braz J Nurs. 2026;25(1):e20266935. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20266935>

RESUMO

Objetivo: Descrever a estrutura das representações sociais da saúde para praticantes do Omolokô, construídas por seus seguidores. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, apoiado na teoria do núcleo central (TNC) das representações sociais, realizado em 05 terreiros Omolokô localizados no Estado do Rio de Janeiro, com 106 participantes. **Resultados:** Os resultados nos mostram que saúde, para o grupo, é representada por quatro dimensões que se cruzam entre si: espiritual, atitudinal, afetiva e biomédica. **Conclusão:** As concepções de saúde entre os praticantes do Omolokô revelam-se como sinônimo de bem-estar e qualidade de vida, enfatizando a habilidade de enfrentar desafios por meio da manutenção do equilíbrio entre corpo, mente e espírito. A relevância social deste estudo está centrada no fato de que, ao dar voz a esses sujeitos, surge a oportunidade de conhecer seus desejos, medos, imagens, dificuldades, atitudes, barreiras e sentimentos.

Descritores: Representação social; Religião; Enfermagem; Autocuidado; Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the structure of social representations of health for Omolokô practitioners, as constructed by its followers. **Method:** A descriptive study with a qualitative approach, supported by the Central Nucleus Theory (CNT) of social representations, conducted across 05 Omolokô terreiros located in the State of Rio de Janeiro, with 106 participants. **Results:** The results show that health, for this group, is represented by four intersecting dimensions: spiritual, attitudinal, affective, and biomedical. **Conclusion:** Conceptions of health among Omolokô practitioners are revealed as a synonym for well-being and quality of life, emphasizing the ability to face challenges by maintaining the balance between body, mind, and spirit. The social relevance of this study is centered on the fact that, by giving voice to these subjects, an opportunity arises to understand their desires, fears, images, difficulties, attitudes, barriers, and feelings.

Descriptors: Social representation; Religion; Nursing; Self-care; Health.

RESUMEN

Objetivo: Describir la estructura de las representaciones sociales de la salud para los practicantes del Omolokô, tal como es construida por sus adeptos. **Método:** Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, fundamentado en la Teoría del Núcleo Central (TNC) de las representaciones sociales, realizado en 05 terreiros de Omolokô situados en el Estado de Río de Janeiro, con 106 participantes. **Resultados:** Los resultados demuestran que la salud, para este grupo, está representada por cuatro dimensiones que se interconectan: espiritual, actitudinal, afectiva y biomédica. **Conclusión:** Las concepciones de salud entre los practicantes de Omolokô se revelan como sinónimo de bienestar y calidad de vida, enfatizando la capacidad de enfrentar desafíos mediante el mantenimiento del equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu. La relevancia social de este estudio se centra en el hecho de que, al dar voz a estos sujetos, surge la oportunidad de comprender sus deseos, miedos, imágenes, dificultades, actitudes, barreras y sentimientos.

Descriptores: Representación social; Religión; Enfermería; Autocuidado; Salud.

Editores:

Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)
Cláudia Mara de Melo Tavares (ORCID: 0000-0002-8416-6272)

Editora:

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF
Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil
E-mail da revista: objn.cme@id.uff.br

Autor correspondente:

Carla Cristina Gonçalves
E-mail: carlacrisgon@gmail.com

O que já se sabe:

- A espiritualidade e a religiosidade influenciam a percepção de saúde e as práticas de autocuidado, contudo o conhecimento sobre vertentes específicas de matriz africana ainda é limitado.
- A assistência de saúde nem sempre contempla as singularidades culturais e representações simbólicas de praticantes de religiões de terreiro.

O que este artigo acrescenta:

- Revela que a representação social da saúde para os praticantes do Omolokô é estruturada pela intersecção de quatro dimensões: espiritual, atitudinal, afetiva e biomédica.
- Demonstra que a saúde no Omolokô significa bem-estar e qualidade de vida sustentados pelo equilíbrio entre corpo, mente e espírito diante dos desafios do cotidiano.
- Fornece subsídios para que a enfermagem ofereça um cuidado humanizado, inclusivo e culturalmente sensível, respeitando os saberes e vivências dessa população.

INTRODUÇÃO

A saúde, enquanto uma construção social multifacetada, apresenta apreensões e interpretações variadas, com destaque para as religiões afro-brasileiras, como o Candomblé, a Umbanda e o Omolokô, que não a limitam à ausência de enfermidades. Parte-se da premissa de que essa comunidade estabelece uma compreensão de saúde distinta em relação ao paradigma biomédico, dada sua interação especial com o corpo, a natureza e as práticas de autocuidado⁽¹⁻²⁾, o que interessa à área da enfermagem como forma de abordagem humana holística e integral no contexto do cuidado.

Nesse cenário, a saúde é percebida como interligada a fatores sociais, como cor da pele e classe social, evidenciando a fragilidade dos grupos racialmente estigmatizados⁽²⁻³⁾. Destaca-se, ainda, que, para os adeptos das práticas afro-brasileiras, a saúde é uma construção holística, em que o bem-estar é um reflexo do equilíbrio espiritual, emocional e social, e a comunidade é essencial para o suporte mútuo, fortalecendo laços comunitários entre seus praticantes⁽²⁾.

Estudos⁽³⁻⁴⁾ no campo da enfermagem têm apontado que os terreiros e, conseqüentemente, as religiões afro-brasileiras se configuram como espaços de cuidado à saúde, nos quais se articulam dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais do processo saúde-doença, frequentemente invisibilizadas pelo modelo biomédico hegemônico. Os terreiros, ao serem analisados como espaços de cuidado, evidenciam que essas comunidades produzem práticas terapêuticas baseadas no diálogo, na escuta qualificada, no acolhimento e na construção de sentido para o sofrimento, elementos que dialogam diretamente com os fundamentos do cuidado de Enfermagem⁽⁴⁾.

Nesse contexto, a abordagem da teoria das representações sociais é fundamental para entender como as necessidades de saúde vão além das demandas biológicas, incorporando aspectos sociais e culturais⁽⁵⁾. O Omolokô, originário das comunidades africanas, emerge como uma prática religiosa que conjuga conhecimentos e saberes afro-brasileiros⁽⁶⁾, apontando para a necessidade de compreender as representações sociais da saúde construídas por esse grupo social. Assim, o presente trabalho propõe uma análise que articula as dimensões culturais, sociais e simbólicas envolvidas nas concepções de saúde entre os praticantes dessa religião, destacando sua relevância na construção de identidades e valores coletivos.

A Teoria das Representações Sociais, influenciada pela natureza psicológica e social dos grupos, permite analisar como os praticantes do Omolokô constroem sentidos

compartilhados sobre saúde, transformando um objeto complexo em algo familiar no cotidiano⁽⁷⁻⁸⁾. As representações constituem um processo que possibilita a consolidação das ações dentro de um grupo específico, o que, neste estudo, permite compreender como esse grupo social organiza práticas de cuidado e significados de saúde que orientam seus comportamentos ligados às suas escolhas terapêuticas⁽⁷⁻⁸⁾.

A representação social está intrinsecamente ligada ao conhecimento disseminado na sociedade e reflete como o ambiente social molda o indivíduo⁽⁸⁾, funcionando como uma teoria do conhecimento cotidiano, influenciando tanto a identidade pessoal quanto a coletiva⁽⁹⁾. Construídas nas interações sociais, as representações sociais organizam e ressignificam ideias compartilhadas, orientando modos de pensar e agir frente a objetos socialmente relevantes⁽⁸⁾.

Neste estudo, adota-se a perspectiva estrutural, ou teoria do núcleo central, que possibilita apreender as lógicas sociais e cognitivas que organizam as representações sociais. Essa abordagem compreende uma estrutura dual composta por dois subsistemas interdependentes: o núcleo central e o sistema periférico⁽⁹⁾.

O núcleo central é moldado pela essência do objeto representado, pela relação do grupo com esse objeto e pelos valores e normas sociais do contexto histórico e ideológico⁽¹⁰⁾, sendo responsável pela atribuição de significado à representação social e apresentando baixa sensibilidade ao contexto imediato, o que lhe confere estabilidade⁽¹¹⁾. O sistema periférico organiza-se em torno do núcleo central e tem como função protegê-lo de interferências do contexto, sendo composto pelos elementos mais acessíveis, concretos e vinculados às experiências cotidianas dos sujeitos⁽¹¹⁾.

Por isso, compreender as representações sociais de saúde construídas por praticantes do Omolokô é relevante para a enfermagem na medida em que se podem perceber formas específicas de pensar de grupos sociais acerca da saúde e suas interfaces com as necessidades de cuidado diante do processo de viver, de adoecer e de morrer. Além disso, considera-se que esse tipo de conhecimento qualifique a atuação do enfermeiro no Sistema Único de Saúde (SUS), ao explicitar a sua não inclusão, até o momento, no sistema e nas instituições de saúde, reforçando o racismo institucional e a colonialidade do saber, que desvalorizam práticas de cuidado afro-religiosas e dificultam o acesso a uma atenção em saúde integral e de qualidade⁽¹²⁾.

Ao reconhecer esses processos, a Enfermagem pode qualificar práticas assistenciais culturalmente sensíveis, integrais e comprometidas com a equidade em saúde, contribuindo para o enfrentamento da intolerância religiosa e

para a efetivação dos princípios do SUS. Para tanto, tem-se como objetivo: descrever a estrutura das representações sociais da saúde para praticantes do Omolokô, construídas por seus seguidores.

MÉTODO

A investigação fundamenta-se em um estudo descritivo e exploratório, utilizando uma abordagem qualitativa, sustentada na teoria das representações sociais, dentro do âmbito da psicologia social, em sua abordagem estrutural.

A pesquisa de campo foi realizada em cinco terreiros ou casas de santo de Omolokô, localizados em três municípios distintos, quais sejam: Rio de Janeiro, São João de Meriti e Duque de Caxias, sendo facilitada pela relação da pesquisadora com líderes religiosos desses espaços. As comunidades onde os templos estão localizados possuem boa infraestrutura, como saneamento básico e coleta de lixo. Observou-se que muitos desses espaços pertencem aos zeladores, que também residem neles. As casas de santo apresentam similaridades na organização dos espaços voltados para práticas espirituais, incluindo o salão para rituais e a cozinha comunitária.

Os indivíduos envolvidos na pesquisa foram praticantes da religião que frequentavam os terreiros relacionados a este estudo. Dessa forma, a amostra contou com 106 participantes. Os critérios de inclusão abrangeram praticantes da religião Omolokô que já haviam participado do ritual de iniciação (ou feitura) e com mais de um ano de frequência em um terreiro. Por outro lado, foram excluídos da pesquisa aqueles que apresentavam doenças crônicas estigmatizantes ou que estavam em tratamento paliativo, uma vez que essas condições poderiam afetar as construções representacionais.

Os dados foram coletados por meio de um questionário fechado para informações socioeconômicas e da técnica de evocação livre de palavras, organizada em duas fases. Primeiro, os questionários foram aplicados aos participantes e, em seguida, foi realizada a técnica de evocação livre de palavras, na qual foi solicitado que os indivíduos registrassem três palavras associadas ao termo indutor “saúde”. A associação livre de palavras é vista como uma abordagem principal para reunir os componentes que formam o conteúdo de uma representação. Essa técnica envolve solicitar aos participantes que, baseados em uma palavra-chave (geralmente, a própria designação verbal do objeto em questão) fornecida pelo investigador, expressem as palavras ou frases que surgirem espontaneamente em suas mentes⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Os termos obtidos foram organizados em um arquivo Word, que serviu como base para o corpus de análise.

A análise foi feita por meio da técnica do quadro de quatro casas (prototípica), com o objetivo de identificar o possível núcleo das representações sociais, com o apoio do software *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations* (EVOC), versão 2005, que realiza uma análise estatística dos dados textuais em uma rede associativa, permitindo a combinação da frequência de ocorrência das palavras evocadas com a sua relevância em termos de importância⁽¹¹⁾. A junção desses dois critérios — frequência de evocação e média da ordem de evocação de cada termo — possibilita identificar as palavras que, por seu ca-

ráter representativo ou saliente, provavelmente fazem parte do núcleo central da representação. Nessa técnica, a interseção entre a frequência média de evocação do conjunto total de palavras e as médias de suas ordens de evocação (*rang*) respectivas resulta na definição de quatro quadrantes, que atribuem diferentes níveis de centralidade às palavras presentes⁽¹²⁾.

O quadrante superior esquerdo, formado pelos termos que são mais frequentemente mencionados e com menor ordem média, sugere um provável núcleo central. Em contrapartida, o quadrante inferior direito, que reúne os termos menos citados e de maior ordem média, indica a segunda periferia⁽¹¹⁾. O quadrante inferior esquerdo contém conteúdos que aparecem com pouca frequência, mas apresentam baixa ordem média de evocação, sendo classificado como zona de contraste, onde é comum encontrar um subgrupo representacional que contrasta com o núcleo. Por sua vez, o quadrante superior direito está associado à primeira periferia, reunindo elementos frequentes, mas tardiamente citados⁽⁹⁻¹¹⁾.

Destaca-se que os valores que conformam o quadro — frequência mínima, frequência média e *rang* médio — são estabelecidos a partir do relatório fornecido pelo software, em que se considera a distribuição das palavras no conjunto evocado, considerando a Lei de Zipf. O ponto de corte, frequência mínima, é escolhido quando há estabilidade na distribuição das palavras, enquanto a média se dá pela divisão do número de palavras incluídas a partir do corte pelo número de palavras diferentes. O *rang* médio é fornecido pelo software.

Além da técnica do núcleo central, utilizou-se, em conjunto, a técnica da árvore de similitude que, dentro da teoria das representações sociais, organiza essas representações em uma estrutura hierárquica, na qual os nós representam conceitos ou ideias e as ramificações ilustram as conexões e semelhanças entre eles. Essa representação gráfica facilita a identificação de padrões, divergências e convergências nas representações sociais, contribuindo para uma análise mais profunda das dinâmicas sociais e culturais que influenciam a formação de significados coletivos⁽⁹⁾.

A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob o parecer nº 5.481.787 e CAAE nº 59551222.8.0000.5282.

RESULTADOS

Entre os 106 indivíduos analisados, 40 deles (42,6%) pertencem ao sexo masculino e 66 (57,4%) ao sexo feminino, com maior concentração na faixa etária inferior a 42 anos. No que diz respeito à prática religiosa anterior, 41 (60,3%) se identificaram como praticantes do candomblé, enquanto 24 (35,3%) se declararam umbandistas, um (1,5%) se identificou como evangélico, um (1,5%) como católico, um (1,5%) como espírita kardecista e um (1,5%) como não tendo afiliação religiosa. A maior parte (45,6%) afirmou que se envolve nas práticas religiosas em sua comunidade de forma assídua.

Sobre o termo indutor “SAÚDE”, formou-se um corpus original com 106 participantes, que originaram, a partir das evocações, 306 cognemas. O *rang* médio foi definido pelo software como 1,90, correspondente à média das ordens

de evocação dos termos. Adotaram-se, como critérios, a frequência mínima de 4 e a frequência intermediária de 8

para a organização do quadro estrutural (Quadro 1).

Quadro 1 - Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “Saúde”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

O.M.E	<1,90					
Freq. média	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
	Bem-estar	32	1,469	alegria	10	2,000
	vida	27	1,852	alimentação	10	2,000
	cuidado	12	1,833	paz	10	2,000
< 8	medicina	6	1,833	felicidade	7	2,286
	prevenção	6	1,677	orixás	5	2,400
	força	5	1,400	disposição	4	2,500
	saúde	5	1,800	exercícios	4	2,250
	ter fé	5	1,800	gratidão	4	2,250
	cura	4	1,750	tranquilidade	4	2,000
	mente	4	1,250	corpo	4	2,000
	remédio	4	1,750			

Nota: N= 106; Fr mínima= 04; Fr intermediária=08; Rang= 1,90.

Fonte: Elaborado pelos autores.

No Quadro 1, nota-se que, no quadrante superior à esquerda, estão dispostos os conceitos de “bem-estar”, “cuidado” e “vida”, que constituem o possível núcleo central da representação, sendo vistos como a sua parte mais estável, conferindo-lhe significado. No canto superior direito, denominado primeira periferia, encontram-se os cognemas que podem ser observados como elementos de interface com a realidade, orientadores das ações e reações dos sujeitos frente à representação. Também são componentes que têm potencial para se deslocar para o núcleo central, devido à sua elevada frequência. Em nossa pesquisa, a primeira periferia é simbolizada pelos termos “alegria”, “alimentação” e “paz”.

A área de contraste, localizada no quadrante inferior esquerdo, apresenta traços de um subgrupo representacional⁽³⁾. Ela é formada pelos cognemas “cura”, “força”, “medicina”, “prevenção”, “remédio”, “saúde”, “mente” e “ter fé”. Essa área revela uma tensão entre a noção de saúde integral e holística encontrada no que seria o núcleo central e a perspectiva medicalizada que prevalece nesse quadrante. Na configuração da segunda periferia, localizada no quadrante inferior direito, podem ser observados os termos “corpo”, “disposição”, “exercícios”, “felicidade”, “gratidão”, “orixás” e “tranquilidade”.

A união dos diversos quadrantes e a consequente criação do “quadro de quatro casas” possibilitaram compreender que, para os adeptos do Omolokô, a saúde é percebida por meio de quatro dimensões distintas: atitudinal (considerando cuidado, exercício e disposição), afetiva (incluindo alegria, paz e felicidade), biomédica (abrangendo medicina, prevenção e medicamentos) e espiritual (representada pelos termos fé e orixás).

É importante notar que o termo “vida” possui natureza polissêmica, permitindo que opere em diferentes dimensões, funcionando também como uma conexão entre elas. Assim, esse termo tem o potencial de representar as vivências, os princípios, as aspirações, as vontades, o saber e até mesmo o estilo de vida dessas pessoas. No que diz respeito aos conceitos que podem ter um papel central, a

“vida saudável” está profundamente ligada ao bem-estar e ao cuidado, sendo que a existência de um está interligada à do outro.

Os aspectos “felicidade”, “nutrição” e “tranquilidade”, encontrados na segunda periferia, também demonstraram relevância significativa entre os participantes do estudo, configurando um quadrante em que a dimensão emocional (“felicidade” e “tranquilidade”) se destaca. É importante notar a inclusão do termo “alimentação”, que possui atributos que o conectam a um possível núcleo central, associando-o a um cuidado específico e, por consequência, atuando como um fator de promoção do bem-estar.

De modo a aprofundar a abordagem estrutural da teoria das representações sociais, apresentaremos na Figura 1, a seguir, a árvore de similitude, que é uma representação gráfica que ilustra as relações e a conectividade entre os elementos de uma representação social⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

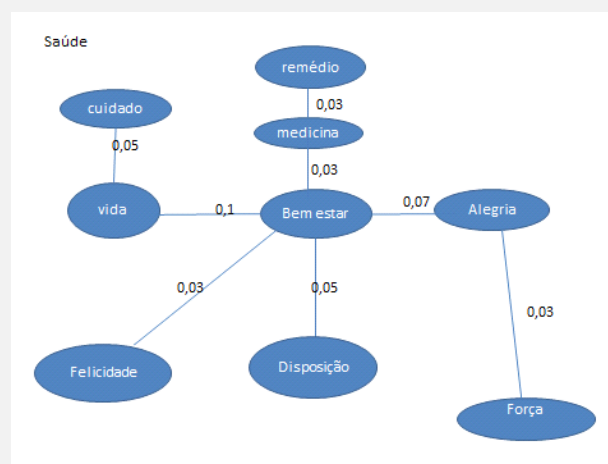


Figura 1 - Árvore de Similitude do termo indutor SAÚDE. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022

Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

O termo que apresentou maior número de ligações em nossa rede foi “bem-estar”, conectando-se a cinco outros

itens, já apontando como possível ponto central no quadro de quatro casas. Em seguida, aparecem os termos “vida”, “alegria” e “medicina”, que se conectam a dois outros elementos cada um, estando localizados no núcleo central, na primeira periferia e na zona de contraste, respectivamente. Assim, são considerados elementos com maior potencial de integrar o núcleo central, levando em conta suas conexões (Figura 1).

Ao mesmo tempo, os índices mais elevados registrados ocorreram entre os termos “bem-estar” e “vida”, com uma pontuação de 0,1, e entre “bem-estar” e “alegria”, que apresentou um índice de 0,07. Ao examinarmos a expressão “bem-estar” por meio de suas conexões, destaca-se sua característica dinâmica, evidenciando a influência das tradições religiosas em conjunto com o modelo biomédico tradicional. Pode-se concluir que, para esse grupo, a saúde está intrinsecamente condicionada à inter-relação entre corpo, mente e espírito, reforçando os conceitos de vida e bem-estar a partir de uma integração harmoniosa entre esses elementos, possibilitando uma saúde plena e integral.

Outra relação que se revelou importante foi a existente entre os termos “bem-estar”, “medicina” e “remédio”, o que sugere um entendimento acerca da valorização do cuidado biomédico e de sua relevância. Destaca-se que, para os adeptos dessa religião afro-brasileira, a saúde é compreendida de maneira holística, o que significa que o bem-estar físico não pode ser dissociado do equilíbrio espiritual e emocional. A prática religiosa envolve rituais e oferendas aos orixás e a entidades espirituais, considerados fundamentais para manter a harmonia e a saúde dos indivíduos e da comunidade. Sendo assim, a relação entre esses cognemas mostra que, apesar de existir um caminho diferenciado para a saúde, detentor de práticas e ritos específicos, ainda assim, na zona de contraste, emerge uma realidade biomédica.

DISCUSSÃO

Destaca-se que as indicações de centralidade apontadas neste estudo aproximam-se de achados observados em pesquisas com praticantes do Candomblé e da Umbanda, para os quais a saúde também é compreendida como uma experiência ampliada de viver bem, sustentada por práticas cotidianas e relações comunitárias⁽¹³⁻¹⁴⁾. Ao mesmo tempo, alguns autores^(2,5,15) corroboram esses resultados, apontando que determinados paradigmas de saúde não se contrapõem apenas à perspectiva biomédica, mas buscam ultrapassar os princípios da ideologia individualista presentes na compreensão comum da cultura ocidental contemporânea. Essa observação se alinha à realidade desse grupo religioso, no qual o conceito de saúde abrange aspectos que vão além dos limites da ciência dominante e da abordagem biomédica.

Portanto, a representação estudada não se baseia exclusivamente no modelo biomédico, como evidenciado pelos dados empíricos. Essa observação se estabelece quando, além do provável núcleo central, as dimensões espiritual, atitudinal e afetiva aparecem nos quadrantes periféricos, inserindo neles elementos representacionais que indicam que a espiritualidade e o afeto, por exemplo, estão presentes nos contextos imediatos da vida e se refletem na rotina

diária e nas práticas sociais do grupo analisado.

À luz dos achados, a existência das dimensões biomédica, religiosa e humana permite uma nova interpretação da saúde, tornando importante reconhecer a conexão entre o saber popular e o conhecimento reificado/científico. Compreende-se que, para o grupo abordado, a convivência desses diferentes tipos de saberes é comum em seu cotidiano e que todos possuem relevância.

É crucial relacionar a perspectiva que as comunidades de matrizes africanas possuem sobre saúde com um entendimento fundamentado em tradições e nas condutas pessoais, que podem ser expressas por aspectos atitudinais⁽¹⁶⁾. De acordo com esses grupos, especialmente o Omolokô, a saúde é entendida como um estado de bem-estar que abrange diversas facetas e significados, sendo compreendida como integral, ligada à força vital, à ancestralidade e ao pertencimento⁽¹⁷⁾.

Nos últimos anos, diversos estudos^(1,13-14,17) têm evidenciado que as comunidades de terreiros compreendem a saúde como um processo integral que articula dimensões espirituais, corporais, emocionais e sociais. Corroborando os resultados encontrados, destaca-se um estudo⁽²⁾, demonstrando que práticas como rezas, passes, consultas oraculares e uso de plantas medicinais constituem um cuidado estruturado em um conhecimento que difere do modelo biomédico existente.

Do mesmo modo, resultados apresentados em outros estudos^(2,15,18) mostram que as práticas afro-brasileiras, como Candomblé e Umbanda, oferecem suporte emocional, espiritual e social aos adeptos, atuando como espaços terapêuticos essenciais para a promoção do bem-estar e da resiliência. Os terreiros de Candomblé não são apenas espaços religiosos, mas também modos de vida únicos que integram aspectos humanos e não humanos em uma dinâmica não binária, na qual a vida é multifacetada⁽¹⁹⁾.

Outros autores⁽²⁰⁻²⁴⁾ indicam que terreiros vinculados à Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (Renafo) compreendem saúde a partir do enfrentamento ao racismo e da valorização da ancestralidade, ampliando a noção de bem-estar para além dos parâmetros clínicos e biomédicos⁽¹³⁾.

Adicionalmente, pesquisas recentes⁽²²⁻²⁴⁾ mostram que a saúde nos terreiros está diretamente associada à resistência sociocultural e ao enfrentamento das desigualdades raciais, demonstrando que práticas de cuidado em comunidades tradicionais de Candomblé são marcadas por resistências ao racismo religioso e que, portanto, a promoção da saúde envolve também reparação histórica, proteção cultural e fortalecimento identitário. Ao mesmo tempo, ganham destaque, nesses estudos, as redes comunitárias e os saberes ancestrais nos processos de cuidado, prevenção e promoção da saúde⁽²⁴⁾.

Por sua vez, ganha importância o uso de rituais, ervas, banhos e infusões empregados nos terreiros, ampliando o repertório terapêutico dos praticantes e abordando dimensões subjetivas e espirituais que, na maioria das vezes, são negligenciadas pelas instituições de saúde⁽¹⁸⁾.

Destaca-se que é fundamental que os gestores do sistema de saúde e os profissionais que nele atuam reconheçam a importância não apenas dos conhecimentos científicos, mas também dos conhecimentos teológicos, ancestrais e

culturais que essas comunidades preservam há séculos. No âmbito da gestão em saúde, especificamente, esses achados evidenciam a necessidade de processos de cuidado, formativos e organizacionais que preparem enfermeiros e demais profissionais da saúde para lidarem com a diversidade religiosa e cultural, contribuindo para o enfrentamento do racismo institucional e da intolerância religiosa nos serviços de saúde.

No âmbito da gestão e das políticas públicas de saúde, este estudo subsidia ações voltadas à promoção da equidade no SUS, contribuindo para o enfrentamento do racismo institucional e para o reconhecimento dos terreiros como espaços legítimos de produção de cuidado e promoção da saúde⁽⁴⁾.

As representações sociais sobre saúde que emergiram ao longo desta pesquisa contribuem para ampliar as visões sobre alternativas de atenção e cuidado que podem — e precisam — ser oferecidas a esse grupo. Para a prática assistencial em Enfermagem, compreender essas representações sociais permite reconhecer demandas de cuidado que extrapolam a dimensão biomédica, favorecendo abordagens mais integrais e sensíveis às crenças, valores e práticas culturais dos usuários.

Ao considerar as representações sociais de saúde de praticantes do Omolokô, a Enfermagem pode qualificar a comunicação, o vínculo e a adesão às práticas de cuidado, reduzindo conflitos simbólicos frequentemente observados na interação entre usuários de religiões afro-brasileiras e os serviços de saúde⁽¹⁾.

As implicações para a Enfermagem residem na identificação da urgência de uma prática assistencial que reconheça o terreiro como um espaço de resistência e preservação da saúde⁽²³⁾. Ao compreender que, para o Omolokô, a saúde é sinônimo de bem-estar integral e equilíbrio espiritual, cabe ao enfermeiro oferecer um cuidado mais afetivo, efetivo e humano, atuando como agente de fortalecimento dessas populações na sociedade.

Os resultados deste estudo contribuem para a prática da Enfermagem ao evidenciar que as representações sociais de saúde construídas por praticantes do Omolokô orientam práticas de cuidado baseadas na integralidade, na espiritualidade e no fortalecimento comunitário. Reconhecer essas representações possibilita ao enfermeiro desenvolver abordagens assistenciais culturalmente sensíveis, respeitando saberes tradicionais e promovendo um cuidado mais humanizado.

Destaca-se, no contexto das representações, a compreensão da saúde como interação com o sagrado, realizada por meio de rituais e práticas espirituais consideradas religiosas. Frente ao binômio saúde-doença e à realidade do pensamento dessa comunidade, não se pode reconhecê-lo como um fenômeno separado, no qual as pessoas, ao enfrentarem doenças, não possam ser consideradas saudáveis⁽²³⁾.

Ao mesmo tempo, o processo de adoecimento implica a potência do ser saudável, que pode se expressar no físico e na biologia, mas também no equilíbrio psíquico e nas formas saudáveis de enfrentamento do sofrimento, das limitações e da morte⁽²⁴⁾. Nessa perspectiva, a presença do sagrado na vida humana emerge como elemento estruturante de resiliência, já que a espiritualidade contribui para a reorganização emocional, para a construção de sen-

tido diante da finitude e para a vivência de uma morte digna, conforme evidenciado em estudos que demonstram o papel da transcendência e da dimensão espiritual como suportes fundamentais no enfrentamento do adoecer e do morrer^(13,24).

A teoria das representações sociais lança luz sobre os processos pelos quais a imagem de um objeto é construída em relação à ciência ou tomando dela elementos emprestados, sabendo-se que, para o público, a validade reconhecida dessa imagem baseia-se em sua relevância prática e nas funções que desempenha na elaboração e na utilização compartilhada do conhecimento social⁽¹⁵⁾. Portanto, as representações de saúde entre os praticantes do Omolokô revelam-se como sinônimo de bem-estar e qualidade de vida, enfatizando a habilidade de enfrentar desafios por meio da manutenção do equilíbrio entre corpo, mente e espírito.

O termo bem-estar surge como o foco principal, englobando a conexão entre a prevenção e a preservação da saúde. Nossos achados indicam que há uma responsabilização, por vezes consideravelmente individualizante, em relação aos atos das pessoas, manifestada por meio de hábitos de autocuidado, alimentação saudável e atividade física, além da percepção coletiva promovida por emoções como alegria, felicidade e gratidão.

Esta pesquisa identificou que as representações sociais da saúde são vistas como dinâmicas, multifacetadas e relacionadas a aspectos humanos e transcendentais, revelando um processo evolutivo contínuo. Os participantes compreendem a saúde como um estado de bem-estar e uma experiência holística que integra aspectos físicos, mentais e espirituais, manifestando-se por meio de práticas de autocuidado que envolvem abordagens naturais e biodinâmicas, além de cuidados biomédicos.

Evidenciou-se, também, a necessidade de mudança de paradigmas por meio de abordagens decoloniais, que reconheçam o modelo biomédico como um saber entre muitos, sem relegá-lo à exclusividade de resposta às necessidades de saúde⁽²⁴⁻²⁶⁾. Esse predomínio do conhecimento biomédico perpetua a desvalorização de saberes distintos, especialmente aqueles emergentes dos terreiros. Em um contexto em que a hierarquia racial continua a ditar a superioridade epistêmica, torna-se vital desconstruir a mentalidade colonizadora que impede o reconhecimento da riqueza de conhecimentos provenientes de culturas afro-diaspóricas⁽²⁴⁻²⁶⁾.

No campo da formação profissional, os achados reforçam a necessidade de inserir, nos processos educativos em Enfermagem e em Saúde Coletiva, discussões sobre racismo estrutural, colonialidade do saber e diversidade religiosa, de modo a preparar profissionais para atuar em contextos socioculturais diversos e historicamente marcados por desigualdades.

Além disso, os dados indicam a necessidade de interseção entre colonialidade, poder e racismo, não apenas para compreender as identidades e saberes do grupo em questão, mas também para integrar essas discussões à formação acadêmica em saúde⁽²⁵⁻²⁶⁾. O legado da diáspora, que resultou na marginalização e invisibilidade dos conhecimentos afro-brasileiros, é crucial nesse aspecto, sendo necessário que a estrutura educacional na área da saúde seja apri-

rada para incluir saberes não tradicionais que fazem parte do cotidiano de comunidades afro-diaspóricas. Espaços como os terreiros configuram-se como locais de resistência e preservação do conhecimento, onde práticas e saberes ancestrais devem ser reconhecidos e valorizados⁽²⁵⁾.

Por fim, é imprescindível uma revisão crítica e profunda das relações de poder que permeiam a prática da saúde, muitas vezes estruturadas no paradigma biomédico em detrimento de outros saberes. A transformação dessa dinâmica não apenas é necessária para respeitar a autonomia das comunidades, como também representa um avanço na concepção de saúde que integra múltiplas visões⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Assim, a área da saúde deve ser entendida como um processo que vai além da tecnologia e dos medicamentos, incorporando a rica tapeçaria cultural brasileira que permeia as vivências de saúde e doença, desafiando uma lógica que coloca a experiência de vida e a busca por bem-estar em segundo plano frente a uma abordagem mercadológica do cuidado.

CONCLUSÃO

Entende-se que, para o grupo em questão, a representação social da saúde se estrutura em torno da tríade corpo, mente e espírito, evidenciando uma visão abrangente e

holística da saúde. Não se pode ignorar a discussão acerca do apagamento do conhecimento desse grupo e de todos os praticantes de religiões afro-brasileiras sobre seus cuidados e sua visão de mundo, motivado por grupos hegemônicos e pelo paradigma biomédico.

Para que os praticantes do Omolokô ou de outras religiões afro-diaspóricas tenham seus direitos à saúde preservados, assim como à sua cultura e à sua expressão religiosa, compreende-se a necessidade de políticas sociais e públicas que impeçam esse apagamento. Por fim, ressalta-se a necessidade de novos estudos acerca do tema, os quais, além de colaborar para uma prática de assistência à saúde mais efetiva, também poderão contribuir para o fortalecimento dessas populações na sociedade.

*Artigo extraído da Dissertação de Mestrado intitulada “As representações Sociais da saúde e doença para os adeptos do Omolokô”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / PPGENF da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, no ano de 2023.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves CC. As representações sociais de saúde e doença para os adeptos do Omolokô [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2023.
2. Rocha MB da, Severo AK de S, Félix-Silva AV. O Cuidado em Saúde Promovido pelas Religiões Afro-Brasileiras. *Psicol cienc prof*. 2023;43:e222817. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222817>
3. Brandão JL, Gomes AMT, Melo LD, Marques SC, Pereira GL, Spezani RS, et al. Social representation of spiritual surgeries in Umbanda: culture, religion and contributions of Nursing Theory. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(6):e20220787. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0787>. PMID: 38055482
4. Gomes AMT. The Umbanda terreiro as a care space: some reflections. *Rev. baiana enferm*. 2021;35:e45202. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.45202>
5. Alves PHM, Leite-Salgueiro CDB, Alexandre ACS, Oliveira GF de. Reflections on comprehensive care in the ethnic-racial context: an integrating review. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(6):2227-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.23842018>
6. Magalhães PG. Religião, racionalidade e representatividade: uma análise do comportamento normativo perante as religiões afro-brasileiras [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2021.
7. D’Omolú C. Umbanda Omolocô: liturgia, rito e convergência na visão de um adepto. São Paulo: Ícone; 2002.
8. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, editor. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-44.
9. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
10. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. *Estudos interdisciplinares em representação social*. Goiânia: AB; 2000. p. 27-38.
11. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
12. Anunciação D, Pereira LL, Silva HP, Nunes APN, Soares JO. Ways and detours in guarantee of health for the black population and the confrontation of racism in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(10):3861-70. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08212022>
13. Flor do Nascimento W, Silva JM da. A Saúde desde os Terreiros: desafios da política nacional de saúde integral da população negra na perspectiva das religiões de matrizes africanas. *Revista Calundu*. 2023;6(2):5-18. <https://doi.org/10.26512/revistacalundu.v6i2.46421>
14. Silva GS, Gomes AM, Brandão JL. The social representation of the disease for umbanda practitioneres in the context of covid-19 and cross-cultural care. *Enferm Foco*. 2024;15:e-2024121. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-2024121>
15. Gomes AMT, Silva CM, Brandão JL, Couto PLS, Mercês MC, Araújo MÂM, et al. Spirituality and religiosity for umbandist and candomblecist women: social representation and health implications. *Ciênc Saúde Colet*. 2023;28(9):2721-31. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.20172022>
16. Santos CS, Gomes AMT, Souza FS, Pinheiro GML, Rodrigues VP, Machado JC, et al. Practical dimension of the health professionals’ social representations about neglected diseases. *Cogitare Enferm*. 2021;26:e76116.

- <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76116>
17. França MML, Waldez SB de Q, Bezerra C. Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível?. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2016;24(1):105-16. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoao0583>
 18. Evangelista LO, Siqueira CFC. Religiões afro-brasileiras: saberes, acolhimento e resistência. *Fotocronografias* [Internet]. 2021 [citado 2026 fev 20];7(18):123-35. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/fotocronografias/article/view/126278>
 19. Oliveira AMB, Regis DFB. Pandemia e saúde: a experiência do Ilê Axé T'ôju Labá Lè Si Kán. *revistacalundu*. 2023;6(2):49-66. <https://doi.org/10.26512/revistacalundu.v6i2.46433>
 20. Macêdo MA. Cuidados em saúde pública para povos de comunidades tradicionais de terreiro de candomblé: atravessamentos sensíveis e resistências ao racismo religioso [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2025.
 21. Mota CS, Trad LAB. We live to take care of the population: health care strategies and meanings for health, disease and healing in candomblé temples. *Saude soc*. 2011;20(2):325-37. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200006>
 22. Silva JM da. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. *Saude soc*. 2007;16(2):171-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200017>
 23. Gomes MA. CRAS e intervenção psicopolítica: os terreiros como lugar de pertença, acolhimento e resistência política. *Rev psicol polít* [Internet]. 2020 [citado 2026 fev 20];20(47):87-101. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v20n47/v20n47a08.pdf>
 24. Romão AF. A espiritualidade e a boa morte. *RPMGF*. 2024;40(6):610-4. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i6.13804>
 25. Guimarães MB, Nunes JA, Velloso M, Bezerra A, Sousa IM de. Integrative and complementary practices in the health field: towards a decolonization of knowledge and practices. *Saude soc*. 2020;29(1):e190297. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190297>
 26. Souza DH de, Rocha DG, Nunes NR de A. Health of the black population in health training: perspectives towards racial equity. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(7):e02992024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02992024EN>

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Gonçalves CC, Gomes AMT.

Obtenção de dados: Gonçalves CC.

Análise de dados: Gonçalves CC, Pereira FHE, Melo LF, Lopes MQ, Thiengo PCS, Gomes AMT.

Interpretação dos dados: Gonçalves CC, Pereira FHE, Melo LF, Lopes MQ, Thiengo PCS, Gomes AMT.

Todos os autores se responsabilizam pela redação textual e revisão crítica do conteúdo intelectual, pela versão final publicada e por todos os aspectos éticos, legais e científicos relacionados à exatidão e à integridade do estudo.



Copyright © 2026 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.