A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E DAS PRÁTICAS CULTURAIS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A FESTA DE SANTO ANTÔNIO EM DUQUE DE CAXIAS

THE INFLUENCE OF RELIGITY AND CULTURAL PRACTICES ON THE HEALTH-DISEASE PROCESS: A CASE STUDY OF THE SAINT ANTHONY IN DUQUE DE CAXIAS

Mariana Costa Maia[1], Profa. Dra Renata de Almeida Oliveira[2]
1.·Acadêmica do curso de medicina da Faculdade Universidade do Grande Rio/Afya. mari.cm0costa@gmail.com;
2. Professora do Programa de Pós Graduação em Humanidades, Cultura e Arte da Faculdade Faculdade Universidade do Grande Rio/Afya. Cultura.renata@gmail.com

Eixo Temático: 01 Saúde

RESUMO

A religiosidade constitui uma dimensão sociocultural capaz de atravessar experiências de adoecimento, sofrimento e cuidado, especialmente quando vivenciada em contextos comunitários. Este estudo teve como objetivo analisar como a religiosidade e as práticas comunitárias associadas à Festa de Santo Antônio, em Duque de Caxias, participam da produção do cuidado em saúde, do enfrentamento do adoecimento e da constituição de redes de apoio em contextos de vulnerabilidade. Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, desenvolvida como estudo de caso, mediante revisão bibliográfica, análise documental, observação participante durante a festividade e entrevistas semiestruturadas com devotos, lideranças religiosas, representantes de pastorais e integrantes de organizações comunitárias. Os resultados evidenciaram que a fé foi relacionada ao enfrentamento de doenças, luto, dificuldades familiares e outras situações de sofrimento, sendo associada à esperança, ao conforto emocional e ao autocuidado. A igreja também foi reconhecida como espaço de escuta, acolhimento, convivência e fortalecimento de vínculos. Paralelamente, pastorais e organizações sociais desenvolveram ações de orientação, apoio e articulação com serviços públicos, especialmente direcionadas a grupos em situação de vulnerabilidade. Os achados sugerem que a religiosidade, quando inserida em redes comunitárias, pode participar de formas territorializadas de cuidado e aproximar-se da noção de tecnologia social, sem substituir a assistência profissional. Conclui-se que a Festa de Santo Antônio constitui um espaço no qual fé, relações comunitárias e práticas de cuidado se articulam, evidenciando a importância de considerar a religiosidade de forma crítica e contextualizada no campo da Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Religiosidade. Espiritualidade. Saúde Coletiva. Apoio Social. Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Religiosity constitutes a sociocultural dimension that can shape experiences of illness, suffering, and care, particularly when experienced within community settings. This study aimed to analyze how religiosity and community practices associated with the Saint Anthony Festival in Duque de Caxias contribute to health care practices, coping with illness, and the development of support networks in contexts of vulnerability. This qualitative, descriptive-exploratory case study was conducted through a literature review, document analysis, participant observation during the festival, and semi-structured interviews with devotees, religious leaders, pastoral representatives, and members of community organizations. The findings showed that faith was associated with coping with illness, grief, family difficulties, and other forms of suffering, as well as with hope, emotional comfort, and self-care. The church was also recognized as a space for listening, welcoming, social interaction, and strengthening interpersonal bonds. In parallel, pastoral groups and social organizations carried out guidance, support, and referral activities involving public services, particularly for socially vulnerable groups. The findings suggest that religiosity, when embedded in community networks, may contribute to territorially based forms of care and may be understood in relation to the concept of social technology, without replacing professional health care. It is concluded that the Saint Anthony Festival constitutes a setting in which faith, community relationships,

and care practices intersect, highlighting the importance of addressing religiosity critically and contextually within the field of Collective Health.

Keywords: Religiosity. Spirituality. Collective Health. Social Support. Social Vulnerability.

INTRODUÇÃO

A compreensão do processo saúde-doença passou por importantes transformações ao longo do século XX, sobretudo a partir do reconhecimento de que as condições de saúde não podem ser explicadas exclusivamente por alterações biológicas ou pela presença de doenças. A definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao compreender a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, contribuiu para ampliar o debate e incorporar à análise elementos relacionados às condições de vida, às relações sociais e aos contextos nos quais os indivíduos estão inseridos.[1] Posteriormente, a dimensão espiritual passou a ocupar maior espaço nas discussões sobre saúde e qualidade de vida, reforçando a importância das crenças, valores pessoais e experiências subjetivas na maneira como os sujeitos percebem o próprio bem-estar e enfrentam situações de adoecimento.[2]

Essa ampliação do conceito de saúde encontra particular ressonância no campo da Saúde Coletiva, que compreende o processo saúde-doença como resultado de relações complexas entre aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais e históricos. Nessa perspectiva, adoecer e cuidar não são experiências desvinculadas do território ou das relações estabelecidas pelos indivíduos em sua vida cotidiana. O cuidado também se produz nos encontros, nas redes de apoio, nas formas de organização comunitária e nas estratégias utilizadas pelos grupos sociais para responder às necessidades que emergem em determinados contextos. Essa leitura permite reconhecer práticas que, embora não tenham origem nos serviços formais de saúde, participam da construção do bem-estar, da proteção social e das formas de enfrentamento do sofrimento.

Entre essas práticas, a religiosidade e a espiritualidade ocupam lugar relevante. A experiência religiosa pode interferir na maneira como o indivíduo interpreta acontecimentos adversos, atribui significado ao adoecimento e reorganiza sua vida diante da dor, da perda ou da incerteza. Estudos apontam associações entre religiosidade, estratégias de enfrentamento, suporte social, esperança e resiliência, especialmente em situações de doença e sofrimento.[3,4] A fé, nesse sentido, não deve ser compreendida apenas como crença abstrata, mas como uma dimensão que pode participar da experiência concreta do adoecimento, oferecendo referências simbólicas e emocionais para lidar com situações que ultrapassam as possibilidades de controle individual.

Em muitas comunidades, a religião é vivenciada coletivamente e está associada a espaços de convivência, apoio, circulação de saberes e construção de vínculos. Igrejas, festas religiosas, pastorais e outros grupos comunitários podem favorecer encontros entre pessoas que compartilham experiências, necessidades e formas de compreender o mundo. Nesses espaços, a fé se articula a relações sociais concretas, produzindo práticas de solidariedade, acolhimento e pertencimento que podem repercutir na maneira como os indivíduos enfrentam situações de vulnerabilidade. Dessa forma, a religiosidade popular não mobiliza apenas recursos espirituais individuais, mas também pode organizar práticas coletivas de enfrentamento e produção de vínculos comunitários.[3,4]

Essa dimensão relacional aproxima a discussão da religiosidade de conceitos importantes da Saúde Coletiva, como as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, chama atenção para as chamadas tecnologias leves, relacionadas ao encontro entre sujeitos, à escuta, ao vínculo e ao acolhimento[5]. Nessa concepção, o cuidado não se restringe ao uso de equipamentos, procedimentos ou saberes técnicos estruturados: ele também se constrói na

qualidade das relações estabelecidas entre as pessoas. O que reforça a importância de compreender o cuidado como prática que envolve interação, reconhecimento do outro e construção compartilhada de respostas às necessidades de saúde. Essas contribuições permitem ampliar a análise das práticas comunitárias, reconhecendo que determinados espaços sociais podem produzir cuidado mesmo quando não fazem parte formalmente da rede assistencial[6].

As tecnologias sociais são construídas a partir da participação dos sujeitos e da valorização dos conhecimentos produzidos nos próprios territórios, buscando responder a problemas concretos por meio de soluções compartilhadas e socialmente contextualizadas. No campo da saúde, essas práticas podem favorecer a autonomia, o fortalecimento das redes de apoio e a participação comunitária, aproximando a produção do cuidado das necessidades vivenciadas pelos indivíduos em seu cotidiano.[7] Mais do que uma técnica isolada, trata-se de compreender processos desenvolvidos coletivamente, nos quais relações sociais, conhecimentos locais e capacidade de mobilização da comunidade se articulam na construção de respostas às situações de vulnerabilidade.

A aproximação entre religiosidade e tecnologia social permite, portanto, olhar para determinadas manifestações religiosas para além de seu conteúdo estritamente litúrgico. Celebrações, rituais, pastorais, ações solidárias e diferentes formas de organização comunitária podem atuar simultaneamente na dimensão simbólica e na dimensão prática da vida dos participantes. A experiência de fé pode oferecer conforto diante do sofrimento, ao mesmo tempo em que o espaço religioso promove encontros, circulação de informações, apoio material, acolhimento e encaminhamento para outros serviços. Dessa maneira, práticas devocionais e ações comunitárias podem estabelecer pontos de contato entre espiritualidade, solidariedade e formas territorializadas de cuidado.

As festas religiosas populares constituem um cenário particularmente rico para observar esses processos, pois concentram dimensões que, no cotidiano, podem aparecer de forma dispersa. Durante as festividades, elementos religiosos, culturais, afetivos e comunitários se encontram em um mesmo espaço. Missas, procissões, promessas, bênçãos, distribuição de alimentos e outras práticas não ocorrem de maneira isolada; elas são vivenciadas coletivamente e podem favorecer aproximações entre os participantes. Turner[8], ao desenvolver o conceito de *communitas*, chama atenção justamente para a intensificação dos vínculos que pode ocorrer em determinadas experiências rituais coletivas, nas quais os sujeitos compartilham sentidos, emoções e formas de pertencimento.

A Festa de Santo Antônio, realizada em Duque de Caxias, insere-se nesse contexto. A celebração reúne práticas tradicionais de devoção, como missas, procissões, promessas, novenas e a bênção dos pães, ao mesmo tempo em que mobiliza lideranças religiosas, pastorais, voluntários, devotos e organizações da sociedade civil. No contexto investigado, esses elementos compõem um espaço no qual fé, sociabilidade e solidariedade se articulam. A observação de campo realizada durante a pesquisa evidenciou uma participação heterogênea, envolvendo crianças, adultos, idosos, pessoas com deficiência, indivíduos com doenças crônicas e participantes em diferentes situações de vulnerabilidade social.

A importância desse cenário torna-se ainda mais evidente quando se observa a atuação de grupos religiosos e organizações comunitárias relacionadas à festa. A investigação identificou a presença de pastorais e iniciativas sociais envolvidas no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade, incluindo o Centro de Defesa da Vida da Mulher, a Pastoral da Pessoa em Situação de Rua, a Pastoral da AIDS e outros grupos atuantes na comunidade. Essas ações aproximam dimensões religiosas, sociais e assistenciais e evidenciam que o espaço da festa também pode favorecer conexões entre a população, organizações da sociedade civil e serviços públicos. Dessa forma, a religiosidade pode ser observada não somente a partir da experiência subjetiva dos fiéis, mas também por sua capacidade de mobilizar redes de relações e práticas concretas de cuidado.

Embora a literatura já apresente evidências sobre as relações entre religiosidade, espiritualidade, enfrentamento e bem-estar,[3,4] permanece relevante aprofundar a compreensão de como essas relações se materializam em contextos comunitários específicos, particularmente em festas religiosas populares inseridas em territórios marcados por desigualdades sociais. A análise dessas experiências pode contribuir para reconhecer formas de cuidado que se desenvolvem para além dos espaços tradicionalmente identificados como pertencentes ao setor saúde, sem, contudo, substituir ou minimizar a importância dos serviços formais. Ao contrário, permite compreender como diferentes atores, práticas culturais e redes sociais coexistem e podem se articular na produção cotidiana da saúde.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar como a religiosidade e as práticas comunitárias associadas à Festa de Santo Antônio, em Duque de Caxias, participam da produção do cuidado em saúde, do enfrentamento do adoecimento e da constituição de redes de apoio em contextos de vulnerabilidade, considerando tanto as experiências dos participantes quanto as ações desenvolvidas por lideranças religiosas, pastorais e organizações comunitárias vinculadas ao território.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, desenvolvida por meio de estudo de caso, tendo como objeto a Festa de Santo Antônio, realizada no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. A escolha dessa abordagem buscou possibilitar a compreensão das relações estabelecidas entre religiosidade, práticas culturais, produção do cuidado e processo saúde-doença a partir das experiências e dinâmicas observadas no próprio território. O percurso metodológico articulou diferentes estratégias de investigação, incluindo revisão bibliográfica, análise documental, aproximação ao campo, observação participante e realização de entrevistas semiestruturadas.

A etapa bibliográfica teve como finalidade subsidiar a construção do referencial teórico da pesquisa, contemplando produções relacionadas à Saúde Coletiva, processo saúde-doença, religiosidade, espiritualidade, redes comunitárias de cuidado e tecnologias sociais em saúde. Paralelamente, foi realizada análise documental de materiais relacionados à Festa de Santo Antônio e às atividades desenvolvidas por grupos religiosos, pastorais e organizações sociais vinculadas ao território. Essa etapa permitiu contextualizar historicamente e institucionalmente as práticas posteriormente acompanhadas durante a pesquisa de campo. Também foram registradas análises de documentos e informações institucionais referentes às atividades das pastorais vinculadas à paróquia.

A aproximação ao território incluiu visitas exploratórias à Paróquia de Santo Antônio e acompanhamento das atividades relacionadas à festividade. Durante a Festa de Santo Antônio foi realizada observação participante, permitindo acompanhar manifestações religiosas, práticas culturais, rituais devocionais, interações entre os participantes e ações desenvolvidas por pastorais e organizações sociais presentes no evento. Foram observados aspectos relacionados à convivência comunitária, às formas de acolhimento, ao estabelecimento de vínculos, às redes de suporte social e às iniciativas direcionadas a pessoas em diferentes condições de vulnerabilidade. Simultaneamente foram realizados registros audiovisuais e o desenvolvimento de material documental durante o trabalho de campo.

A etapa de entrevistas foi realizada nos dias 12 e 13 de julho de 2026**,** mediante utilização de roteiro semiestruturado previamente elaborado. Participaram dessa etapa diferentes atores sociais relacionados à Festa de Santo Antônio e às iniciativas comunitárias

desenvolvidas no território, incluindo devotos, o pároco da Catedral de Santo Antônio, lideranças religiosas, representantes do Centro de Defesa da Vida da Mulher (CDVida), coordenadores de pastorais e outros participantes envolvidos em ações de promoção da saúde e assistência social. As entrevistas buscaram explorar as percepções dos participantes acerca da relação entre religiosidade e saúde, do papel da fé no enfrentamento de doenças e situações de sofrimento, das práticas de autocuidado, das experiências de acolhimento e suporte social e da atuação das redes comunitárias diante de situações de vulnerabilidade.

RESULTADOS

A observação participante realizada durante a Festa de Santo Antônio permitiu identificar a festividade como um espaço de intensa interação social, no qual práticas religiosas, atividades comunitárias e diferentes formas de acolhimento ocorrem de maneira simultânea. O público observado foi heterogêneo, composto por crianças, jovens, adultos e idosos, além de pessoas com deficiência, indivíduos com doenças crônicas e participantes em diferentes situações de vulnerabilidade social. Ao longo das celebrações, foram registrados momentos de convivência, partilha de experiências e manifestações coletivas de fé, expressas por meio de orações, promessas, agradecimentos e outras práticas devocionais.

As manifestações emocionais estiveram presentes em diferentes momentos da festividade. Durante os ritos religiosos, foram observadas expressões de emoção, oração intensa e demonstrações de gratidão, frequentemente acompanhadas pela aproximação e pelo acolhimento de outros participantes. Esses encontros favoreceram a formação espontânea de espaços de convivência e de apoio, nos quais experiências pessoais eram compartilhadas e vínculos eram estabelecidos ou reforçados. A dimensão coletiva da festa mostrou-se, assim, associada não apenas à participação nos rituais religiosos, mas também às relações construídas entre os próprios participantes durante o evento.

Os relatos obtidos nas entrevistas semiestruturadas reforçaram os aspectos observados em campo. A religiosidade foi frequentemente relacionada ao enfrentamento de doenças, períodos de sofrimento, luto e dificuldades familiares. Entre os participantes, a fé apareceu como fonte de esperança e conforto emocional, além de ser mencionada como elemento capaz de favorecer o autocuidado e a continuidade do enfrentamento diante de situações adversas. A igreja também foi descrita como um espaço de escuta, acolhimento e convivência, sobretudo em momentos nos quais os indivíduos se encontravam fragilizados por adoecimento, perdas ou problemas familiares.

Também foi evidenciado a dimensão comunitária do cuidado. As entrevistas com lideranças religiosas, representantes de pastorais e integrantes de organizações sociais revelaram a existência de ações direcionadas a diferentes grupos em situação de vulnerabilidade. Entre as iniciativas identificadas estiveram atividades voltadas a pessoas em situação de rua, mulheres em situação de violência e indivíduos com demandas relacionadas à saúde física e mental. Tais ações incluíam acolhimento, orientação, apoio social e articulação com serviços da rede pública, aproximando as estruturas religiosas e comunitárias de outros dispositivos de atenção e proteção social existentes no território.

Nesse conjunto de iniciativas, destacaram-se a atuação do Centro de Defesa da Vida da Mulher (CDVida), da Pastoral da Pessoa em Situação de Rua, da Pastoral da AIDS e de outras pastorais vinculadas à comunidade. Essas organizações não se restringiam à dimensão litúrgica ou espiritual, desenvolvendo também ações relacionadas à assistência social, educação em saúde, encaminhamento para serviços públicos, apoio psicológico e distribuição de recursos materiais. A presença dessas iniciativas durante ou em associação com a festividade favoreceu

a aproximação entre participantes, organizações comunitárias e serviços públicos, configurando uma rede de apoio que ultrapassava os limites da celebração religiosa propriamente dita.

No caso específico do Centro de Defesa da Vida da Mulher, as entrevistas evidenciaram ainda uma particularidade relacionada ao próprio local em que o acolhimento era realizado. Para algumas mulheres em situação de violência, a vinculação da iniciativa ao espaço religioso favorecia a procura por apoio, uma vez que a ida à igreja poderia ocorrer sem despertar desconfiança no ambiente familiar ou por parte do agressor. Além disso, o espaço religioso foi percebido como um ambiente protegido e socialmente reconhecido para a busca de acolhimento. Esse aspecto ampliava as possibilidades de aproximação com mulheres que, em outras circunstâncias, poderiam encontrar maiores dificuldades para acessar diretamente serviços de apoio e proteção.

A relação entre religiosidade e cuidado também se manifestou nas práticas cotidianas de acolhimento observadas no território. Pessoas idosas, pessoas com deficiência e indivíduos em sofrimento psíquico apareciam entre os grupos contemplados por formas de suporte comunitário, que envolviam escuta, acompanhamento informal, apoio prático e participação nas atividades religiosas e sociais. Nos relatos e nas observações, essas práticas foram associadas à percepção de pertencimento e à possibilidade de encontrar apoio em momentos de maior fragilidade.

DISCUSSÃO

Os achados desta pesquisa indicam que a relação entre religiosidade e processo saúde-doença, no contexto investigado, ultrapassa a dimensão estritamente individual da fé. Durante a Festa de Santo Antônio, a experiência religiosa apareceu relacionada não apenas ao enfrentamento do adoecimento, do luto e de outras situações de sofrimento, mas também à convivência, ao acolhimento e à formação de redes de apoio. Essa percepção se insere em uma concepção ampliada de saúde, na qual o bem-estar não é determinado exclusivamente por condições biológicas, mas também pelas relações sociais, pelos contextos culturais e pelos significados construídos pelos sujeitos ao longo de suas experiências.[1,2] A inclusão da espiritualidade e das crenças pessoais nas discussões sobre qualidade de vida reforça essa perspectiva ao reconhecer que tais dimensões podem integrar a forma como os indivíduos percebem e vivenciam sua própria saúde.[9]

Nos relatos obtidos, a fé assumiu particular importância diante de situações sobre as quais os participantes possuíam pouco controle, como doenças, perdas, dificuldades familiares e períodos de sofrimento. Mais do que oferecer uma explicação para essas experiências, a religiosidade pareceu fornecer elementos simbólicos capazes de auxiliar sua elaboração, permitindo reorganizar expectativas, preservar a esperança e encontrar sentidos diante da adversidade. Essa interpretação encontra correspondência na literatura, que relaciona religiosidade e espiritualidade a estratégias de enfrentamento, suporte social e adaptação a situações de adoecimento.[3,4] A relevância dessa dimensão para a saúde mental também tem sido discutida sob a perspectiva de que crenças e práticas espirituais devem ser compreendidas a partir da história e do contexto de cada indivíduo, evitando tanto sua desconsideração quanto uma valorização indiscriminada de seus possíveis efeitos.[10]

Entretanto, os resultados sugerem que parte importante desse suporte não pode ser atribuída somente ao conteúdo da crença religiosa. Ao reconhecerem a igreja como espaço de escuta, acolhimento e convivência, os participantes revelaram uma dimensão relacional que acompanha a experiência da fé. O conforto encontrado nesses espaços parece resultar também da possibilidade de compartilhar dificuldades, estabelecer vínculos e permanecer inserido em uma comunidade durante momentos de maior fragilidade. Assim, a religiosidade e

espiritualidade constituem fenômenos multidimensionais, cuja investigação envolve diferentes componentes, como crenças pessoais, práticas religiosas, participação comunitária e sentidos atribuídos à experiência espiritual.[11]

A dimensão comunitária observada durante a festividade permite aproximar esses achados das discussões sobre a produção relacional do cuidado. A escuta, o acolhimento e a construção de vínculos constituem elementos centrais das chamadas tecnologias leves, nas quais o cuidado é produzido no encontro entre sujeitos e não apenas por meio de procedimentos ou recursos técnicos.[5] Essa perspectiva ajuda a compreender por que determinadas relações estabelecidas fora dos serviços formais de saúde podem assumir significado importante para quem vivencia situações de sofrimento. Não se trata de equiparar a atuação comunitária ao cuidado profissional, mas de reconhecer que a experiência de ser ouvido, acolhido e reconhecido em suas necessidades também participa da forma como os indivíduos constroem suas trajetórias de cuidado.

Essa leitura torna-se ainda mais relevante quando se considera que as demandas relatadas pelos participantes frequentemente ultrapassavam a doença em sentido estrito. Luto, conflitos familiares, sofrimento emocional, dificuldades sociais e situações de vulnerabilidade apareceram associados às experiências compartilhadas no espaço religioso. O cuidado, nesse cenário, aproxima-se de uma prática que considera o sujeito em sua integralidade e reconhece que necessidades de saúde são construídas a partir de experiências concretas de vida, e não exclusivamente a partir de diagnósticos ou alterações orgânicas.[6] A própria presença da dimensão espiritual em práticas relacionadas à saúde mental já foi discutida em estudos brasileiros, especialmente por sua relação com formas de apoio e enfrentamento em contextos de sofrimento.[12]

A atuação das pastorais e das organizações comunitárias acrescenta uma dimensão concreta a esse processo. A presença do CDVida, da Pastoral da Pessoa em Situação de Rua, da Pastoral da AIDS e de outros grupos revelou que o espaço religioso não se limitava à realização dos ritos da festividade. Acolhimento, orientação, apoio social e aproximação com serviços públicos coexistiam com as práticas devocionais, particularmente nas ações destinadas a pessoas em situação de vulnerabilidade. Nesse contexto, a religiosidade funciona como um dos elementos em torno dos quais redes comunitárias se organizam, mobilizando pessoas, instituições e recursos existentes no próprio território.

A atuação das pastorais e das organizações comunitárias acrescenta uma dimensão concreta a esse processo. A presença do CDVida, da Pastoral da Pessoa em Situação de Rua, da Pastoral da AIDS e de outros grupos revelou que o espaço religioso não se limitava à realização dos ritos da festividade. Acolhimento, orientação, apoio social e aproximação com serviços públicos coexistiam com as práticas devocionais, particularmente nas ações destinadas a pessoas em situação de vulnerabilidade. No caso do CDVida, destacou-se ainda o fato de que, para algumas mulheres em situação de violência, a vinculação da iniciativa ao espaço religioso poderia favorecer a busca por apoio, uma vez que a ida à igreja poderia ocorrer sem despertar desconfiança no ambiente familiar ou por parte do agressor, além de ser percebida como um espaço protegido de acolhimento. Esse aspecto evidencia como características próprias do território podem reduzir barreiras de acesso às redes de proteção.

Esses achados também estabelecem aproximações com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, especialmente com o ODS 5, relacionado à igualdade de gênero e ao enfrentamento da violência contra mulheres e meninas, além do ODS 3, voltado à saúde e ao bem-estar, e do ODS 10, relacionado à redução das desigualdades.[13]

É justamente nessa articulação que a noção de tecnologia social se mostra útil para a interpretação, é é possível compreender como determinadas relações construídas ao redor da saúde dão origem a formas coletivas de resposta às necessidades da comunidade. Tecnologias

sociais pressupõem participação, interação com o território e construção de estratégias relacionadas às demandas concretas dos sujeitos.[7] Na Festa de Santo Antônio, essa perspectiva aparece na capacidade de diferentes atores comunitários se articularem para acolher, orientar e encaminhar pessoas, produzindo uma rede que combina elementos religiosos, sociais e assistenciais.

Essa interpretação exige, contudo, delimitar o alcance dessas práticas. O acolhimento realizado por uma pastoral ou por uma liderança religiosa não substitui assistência médica, psicológica ou social especializada, assim como a fé não deve ser apresentada como recurso terapêutico equivalente a intervenções profissionais. Porém, esses espaços podem integrar o percurso de cuidado, sobretudo porque frequentemente estão próximos da vida cotidiana da população. Em determinadas situações, podem constituir um primeiro local de escuta ou de identificação de uma necessidade que posteriormente demanda encaminhamento para outros serviços. Reconhecer essa função não significa transferir às instituições religiosas responsabilidades que pertencem ao Estado, mas compreender a configuração real das redes existentes no território.

O caráter coletivo da Festa de Santo Antônio também ajuda a explicar a intensidade dos vínculos observados durante as atividades de campo. A participação conjunta em missas, procissões, promessas, bênçãos e momentos de agradecimento reúne indivíduos em torno de experiências e símbolos compartilhados. A noção de communitas permite compreender como determinados rituais podem favorecer temporariamente uma experiência particular de proximidade, pertencimento e solidariedade entre seus participantes.[8] No contexto estudado, essa aproximação não pareceu permanecer restrita ao momento ritual, pois se relacionava também às práticas de convivência e às redes comunitárias presentes ao redor da festividade.

A heterogeneidade das pessoas que ocupavam esse espaço reforça essa interpretação. Crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas com deficiência, indivíduos com doenças crônicas e participantes em diferentes condições de vulnerabilidade compartilhavam um mesmo território religioso e comunitário. A festa, portanto, não pode ser compreendida apenas como cenário de expressão individual da fé. Ela constitui também um espaço de sociabilidade no qual diferentes trajetórias se encontram, permitindo que necessidades, experiências e formas de suporte circulem entre sujeitos que, fora daquele contexto, possivelmente não estabeleceriam as mesmas relações.

A experiência religiosa coletiva pode ainda envolver processos emocionais e cognitivos relevantes. Estudos realizados em outros contextos identificaram que experiências religiosas intensas podem envolver redes cerebrais associadas a recompensa e atenção,[14] enquanto investigações sobre as bases cognitivas da crença religiosa indicam a participação de sistemas relacionados à cognição social e à atribuição de significados.[15] A produção científica nessa área demonstra que experiências religiosas podem ser investigadas também a partir de seus correlatos neurocognitivos.[16]

Essa ressalva é especialmente importante para os achados deste estudo. A emoção manifestada durante uma promessa, uma oração ou uma procissão não pode ser compreendida apenas por mecanismos biológicos. As evidências neurocientíficas podem contribuir para compreender alguns processos associados à experiência religiosa, mas não explicam isoladamente por que aquela experiência assume determinado significado para um devoto visto que também resulta de histórias pessoais, experiências familiares, tradições culturais e condições de vida. Nesse sentido, a abordagem qualitativa adotada permite acessar justamente uma dimensão que não pode ser reduzida à mensuração de respostas fisiológicas ou comportamentais.

Assim, o significado da religiosidade para a saúde não parece residir simplesmente na presença ou ausência de fé, mas na forma como essa experiência se articula às demais relações sociais e às condições de vida dos sujeitos. Uma mesma tradição religiosa pode oferecer

pertencimento e apoio em determinado contexto e, em outro, ser interpretada de maneira que contribua para a permanência em uma situação de sofrimento. Essa ambivalência está de acordo com a necessidade de abordar espiritualidade e religiosidade de maneira individualizada no campo da saúde, considerando tanto recursos de enfrentamento quanto possíveis conflitos associados às crenças e práticas do indivíduo.[10,11]

Do ponto de vista da Saúde Coletiva, esse achado também chama atenção para a importância de compreender as redes comunitárias. A proximidade territorial e o vínculo estabelecido pelas instituições religiosas podem favorecer o acesso a pessoas que, em algumas circunstâncias, permanecem distantes dos serviços públicos. Por outro lado, a capacidade dessas organizações de produzir acolhimento não elimina a necessidade de políticas públicas estruturadas nem autoriza sua utilização como substitutas da rede formal. A contribuição dessas redes parece estar justamente na possibilidade de articulação: reconhecer uma demanda, oferecer suporte inicial e, quando necessário, estabelecer pontes com serviços capazes de oferecer acompanhamento especializado.[5,6,7]

A presença dessas formas de organização durante a Festa de Santo Antônio permite, portanto, ampliar a compreensão sobre onde e como o cuidado pode ser produzido. Serviços de saúde permanecem fundamentais, mas não constituem os únicos espaços nos quais as pessoas compartilham experiências de sofrimento, procuram apoio ou constroem estratégias para lidar com situações adversas. A vida cotidiana é atravessada por redes familiares, religiosas, comunitárias e institucionais que se sobrepõem e influenciam os percursos individuais. A contribuição desta pesquisa está justamente em tornar visível uma parte dessas relações no território estudado, aproximando religiosidade, sociabilidade e cuidado sem dissolver as diferenças entre elas.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Por se tratar de um estudo qualitativo desenvolvido a partir de um estudo de caso, os achados refletem características específicas da Festa de Santo Antônio e do contexto sociocultural de Duque de Caxias, não sendo possível extrapolá-los diretamente para outras manifestações religiosas ou populações. Apesar dessas limitações, os achados permitem avançar na compreensão da religiosidade para além de uma variável individual associada ao bem-estar. No contexto da Festa de Santo Antônio, ela se insere em uma trama de relações que envolve experiências subjetivas, vínculos comunitários, iniciativas de acolhimento e organizações sociais presentes no território. A ideia de tecnologia social de cuidado torna-se relevante justamente quando aplicada a essa dimensão relacional: não porque a fé deva ser convertida em intervenção de saúde, mas porque, ao redor dela, podem se constituir formas coletivas de solidariedade e resposta às necessidades da comunidade.

A Festa de Santo Antônio revela, assim, um espaço em que dimensões religiosas, culturais, afetivas e sociais se encontram e produzem diferentes experiências de cuidado. Ao mesmo tempo em que a fé pode oferecer sentido e suporte diante do sofrimento, as relações construídas no território ampliam essa experiência por meio do acolhimento, do pertencimento e da mobilização comunitária. A presença de aspectos favoráveis e de tensões relacionadas às interpretações religiosas reforça que essa relação deve ser compreendida de maneira crítica e contextualizada.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem compreender que a religiosidade e as práticas comunitárias associadas à Festa de Santo Antônio, em Duque de Caxias, participam da produção do cuidado para além da dimensão estritamente devocional. A fé foi relacionada pelos

participantes ao enfrentamento do adoecimento, do luto e de outras situações de sofrimento, enquanto a convivência proporcionada pelo espaço religioso favoreceu experiências de acolhimento, escuta, pertencimento e fortalecimento de vínculos. A atuação de pastorais e organizações sociais, por sua vez, evidenciou uma dimensão concreta desse cuidado, expressa em ações de orientação, apoio social e articulação com serviços públicos voltadas especialmente a grupos em situação de vulnerabilidade. Nesse contexto, a festividade pode ser compreendida como um território no qual dimensões simbólicas, relacionais e comunitárias se entrelaçam, aproximando a religiosidade das tecnologias sociais e das formas territorializadas de produção do cuidado.

Assim, reconhecer a religiosidade como dimensão relevante do processo saúde-doença exige uma abordagem crítica, capaz de considerar simultaneamente suas possibilidades de apoio e suas tensões. A principal contribuição desta pesquisa reside, portanto, em ampliar a compreensão da religiosidade de uma perspectiva exclusivamente individual para uma dimensão relacional e territorial, evidenciando sua articulação com redes comunitárias de cuidado. Estudos futuros poderão aprofundar essa relação em outros grupos religiosos e contextos socioculturais, bem como investigar de forma mais específica os limites, potencialidades e formas de integração dessas redes comunitárias com os serviços formais de saúde e proteção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1948.

2 World Health Organization. The spiritual dimension in the global strategy for Health for All by the year 2000. 37th World Health Assembly. Resolution WHA37.13. Geneva: World Health Organization; 1984.

3 Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of Religion and Health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012.

4 Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. Psicol Reflex Crit. 2005;18(3):381-9. doi:10.1590/S0102-79722005000300012.

5 Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.

6 Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface (Botucatu). 2004;8(14):73-92.

7 Zamberlan C, et al. Fidelização e impacto de tecnologias sociais em saúde centradas no usuário: nova proposta de desenvolvimento. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE0052231. doi:10.37689/acta-ape/2023AO0052231.

8 Turner V. The ritual process: structure and anti-structure. Ithaca: Cornell University Press; 1974.

9 WHOQOL Group. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Geneva: World Health Organization; 1998. (WHO/MSA/MHP/98.2).

10 Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. Braz J Psychiatry. 2014;36(2):176-82. doi:10.1590/1516-4446-2013-1255.

11 Forti S, Serbena CA, Scaduto AA. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. Cien Saude Colet. 2020;25(4):1463-74. doi:10.1590/1413-81232020254.21672018.

12 Gonçalves J, Arzeno Ferrão YA, Graminha MA. Avaliação da prática de terapia complementar espiritual/religiosa em saúde mental. Debates Psiquiatr. 2015;5(6):21-7.

13 United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015.

14 Ferguson MA, Nielsen JA, King JB, Dai L, Giangrasso DM, Holman R, et al. Reward, salience, and attentional networks are activated by religious experience in devout Mormons. Soc Neurosci. 2016;11(3):213-26.

15 Kapogiannis D, Barbey AK, Su M, Zamboni G, Krueger F, Grafman J. Cognitive and neural foundations of religious belief. Proc Natl Acad Sci U S A. 2009;106(12):4876-81.

16 Cescon E. Neurociência e religião: as pesquisas neurológicas em torno da experiência religiosa. Estud Religião. 2011;25(41):77-96.