

# Representação social da saúde para os umbandistas e o cuidado transcultural de Madeleine Leininger

*Social representation of health for Umbandists and the transcultural care of Madeleine Leininger*

*Representación social de la salud para los umbandistas y el cuidado transcultural de Madeleine Leininger*

Gabriel Santos da Silva<sup>1</sup> ; Antonio Marcos Tosoli Gomes<sup>1</sup> ; Juliana de Lima Brandão<sup>1</sup>   
Livia Fajin de Mello<sup>1</sup> ; Karen Paula Damasceno dos Santos Souza<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil

## RESUMO

**Objetivo:** analisar a estrutura da representação social da saúde para umbandistas com vistas à abordagem do cuidado transcultural. **Método:** estudo qualitativo descritivo-exploratório, fundamentado na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais e Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. Os participantes foram captados pela técnica *Snowball*, que responderam a um questionário *online*, contendo caracterização sociodemográfica; escala DUREL; e instrumento de evocações livres. Os dados foram analisados por estatística descritiva e as evocações pela análise prototípica e de similitude. **Resultados:** participaram 110 indivíduos, predominando mulheres (70%), entre 29 e 39 anos, e com alta religiosidade. A análise prototípica evidenciou *vida, bem-estar* e *ter-fé* como provavelmente centrais e *hospital e médico* como elementos de contraste. A análise de similitude demonstrou além dos elementos previamente e provavelmente centrais, *cuidado* e *corpo* com comportamento de centralidade. **Considerações finais:** concepções multidimensionais de bem-estar e qualidade de vida marcam esta representação, embasada pela alta religiosidade e o cuidado transcultural e integral em saúde. **Descritores:** Enfermagem; Enfermagem Transcultural; Saúde; Cultura; Religião.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the structure of the social representation of health for Umbanda fans with a view to approaching transcultural care. **Method:** qualitative descriptive-exploratory study, based on the structural approach of the Theory of Social Representations and Transcultural Theory by Madeleine Leininger. Participants were captured using the *Snowball* technique, who responded to an online questionnaire containing sociodemographic characteristics; DUREL scale; and instrument of free evocations. Data were analyzed using descriptive statistics and the evocations using prototypical and similarity analysis. **Results:** 110 individuals participated, predominantly women (70%), between 29 and 39 years old, and with high religiosity. The prototypical analysis highlighted *life, well-being* and *having faith* as probably central and *hospital and doctor* as contrasting elements. The similarity analysis demonstrated, in addition to the previously and probably central elements, *care* and the *body* with centrality behavior. **Final considerations:** multidimensional conceptions of well-being and quality of life mark this representation, based on high religiosity and transcultural and comprehensive health care. **Descriptors:** Nursing; Transcultural Nursing; Health; Culture; Religion.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la estructura de la representación social de la salud para umbandistas con miras al enfoque de la atención transcultural. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio cualitativo, basado en el enfoque estructural de la Teoría de las Representaciones Sociales y la Teoría Transcultural de Madeleine Leininger. Mediante la técnica de muestreo *Snowball* se capturó a los participantes, quienes respondieron a un cuestionario en línea que contenía caracterización sociodemográfica; escala DUREL; e instrumento de evocaciones libres. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva y las evocaciones por medio de análisis prototípico y de similitud. **Resultados:** Participaron 110 personas, predominantemente mujeres (70%), entre 29 y 39 años y con alta religiosidad. El análisis prototípico destacó 'la vida, el bienestar y el tener fe' como probablemente centrales y 'el hospital y el médico' como elementos contrastantes. El análisis de similitud demostró, además de los elementos anteriores y probablemente centrales, 'el cuidado y el cuerpo' con comportamiento de centralidad. **Consideraciones finales:** concepciones multidimensionales de bienestar y calidad de vida enmarcan esta representación, basada en una alta religiosidad y una atención de salud transcultural e integral. **Descriptorios:** Enfermería; Enfermería Transcultural; Salud; Cultura; Religión.

## INTRODUÇÃO

A Umbanda é conhecida como uma religião brasileira, reunindo crenças ameríndias, africanas e europeias, desde o século XVI. Algumas vezes em diálogo com estas religiões, mas, na maioria das vezes, sofrendo violências a partir de inúmeras tentativas de silenciamentos, racismos e intolerâncias religiosas, mediante sua formação na afrodiáspora<sup>1</sup>.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e Bolsa Doutorado Demanda Social (DS) CAPES nº 88887.480394/2020-00; do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Brasil) – Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq); da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ – Brasil) – Bolsa de Doutorado FAPERJ nº E-26/204.111/2022; e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Programa Prociência UERJ/FAPERJ.

Autora correspondente: Karen Paula Damasceno dos Santos Souza. E-mail: paulakaren8@gmail.com  
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Mercedes Neto

Em algumas regiões, sendo denominada de macumba, a Umbanda, a partir de sincretismos, hibridismos e outros fenômenos religiosos, foi gradativamente instalada nas diferentes regiões do Brasil<sup>1</sup>. Hoje, seus espaços de culto, terreiros, são procurados com o intuito de obter aconselhamentos acerca de diversas situações cotidianas, decorrentes das relações biopsicossociais<sup>2</sup>.

Considera-se a possibilidade de compreensão das práticas religiosas umbandistas a partir da Teoria das Representações Sociais (TRS) em função de seu caráter comunitário, sua identidade psicossocial e os conhecimentos teológicos e do senso comum circulantes em sua dinâmica social em interface com aqueles científicos e acadêmicos que transitam nestes grupos sociais. Em função da abordagem da saúde para uma comunidade em específico e da natureza social, cultural e simbólica de seus fenômenos, ampara-se, ainda, na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, uma vez que ambas apontam para a influência da cultura no pensamento social de um grupo, conforme apontam alguns estudos<sup>3</sup>, por meio de contribuições teóricas<sup>4-10</sup>.

As representações sociais da saúde são bastante relevantes, pois este grupo possui uma identidade comum, a Umbanda. Além disso, elas auxiliam no entendimento da saúde, haja vista possuírem funções práticas aplicadas no cotidiano das relações sociais. Elas ainda cooperam para a explicação e compreensão da realidade, além de definir a identidade e as especificidades dos grupos, guiar comportamentos e práticas e justificar decisões e comportamentos<sup>7</sup>. À luz da teoria das representações sociais ressalta-se a identidade do grupo pesquisado, devido ao seu arcabouço de conhecimento consensual compartilhado<sup>4-8</sup>.

A Teoria Transcultural de Madeleine Leininger norteia o planejamento e a implementação dos cuidados em saúde, incluindo fatores culturais presentes nos modos de vida. Assim, favorecer um cuidado culturalmente congruente, ratifica todo o processo de cuidado, bem como as relações interpessoais entre paciente-cuidador, fundamentadas pelo respeito, dignidade e reciprocidade, presentes nas inúmeras necessidades de saúde<sup>10</sup>.

O modelo *Sunrise*, proposto por Leininger, contempla quatro níveis, em que o primeiro é composto pelo panorama social e pela visão de mundo das pessoas; o segundo traz os conhecimentos e práticas relativas ao cuidado em saúde em perspectivas individuais ou familiares; o terceiro atenta tanto para os saberes profissionais, quanto para os tradicionais, bem como sua incorporação no cenário cultural, agregando diversidade e universalidade perante os cuidados culturais; o quarto expressa as decisões inerentes aos cuidados de enfermagem, incluindo as três etapas para a prática profissional do enfermeiro: preservação/manutenção, negociação / acomodação e repadronização / reestruturação cultural do cuidado<sup>10</sup>. Principalmente a partir da negociação e da repadronização cultural do cuidado, a prática profissional é ajustada e os aspectos religiosos são observados com o intuito de verificar quais ações podem ser atendidas.

Apesar do panorama de violência religiosa atual, a Umbanda promove um espaço de acolhimento e cuidado, possuindo uma relevância social, principalmente para os estratos mais pobres da população. Aliado a isto, a justificativa desta pesquisa consiste na incipiente produção sobre a temática.

A partir das questões norteadoras *como se estrutura a representação social da saúde para os umbandistas pesquisados e como este objeto pode ser apreendido pela proposta do cuidado transcultural em saúde segundo Madeleine Leininger?*, objetivou-se analisar a estrutura da representação social da saúde para umbandistas com vistas à abordagem do cuidado transcultural.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, fundamentado na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais<sup>7,8</sup> e pela Teoria Transcultural de Madeleine Leininger<sup>9,10</sup>, além de sua construção obedecer ao *check-list* do protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

A seleção dos participantes por amostragem não-probabilística, ocorreu por meio da técnica *Snowball*, virtual, adaptada para as redes sociais no processo de coleta de dados em pesquisa científica<sup>11</sup>.

Posteriormente à aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida, foi criado um convite para a participação voluntária divulgado por meio de *link* nas redes sociais dos autores do estudo e colaboradores, onde potenciais participantes tiveram acesso às informações e objetivos relacionados ao estudo, constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Devido à pandemia de COVID-19, a coleta de dados foi realizada virtualmente com suporte da plataforma *Google Forms*<sup>®</sup>, que elabora formulários utilizados em pesquisas e outras práticas acadêmicas e pedagógicas<sup>12</sup>. O formulário foi dividido em três seções: caracterização dos participantes (sexo, idade e município de moradia), escala de religiosidade de DUKE (DUREL) e coleta de três evocações livres para o termo indutor "Saúde". Antes da primeira seção, o TCLE trazia todas as informações pertinentes à participação e somente após ter ciência e concordar com os termos, o participante evoluía para as seções seguintes, respondendo às questões.

Foram incluídos participantes maiores de 18 anos e que se consideravam adeptos ou simpatizantes da Umbanda e excluídos participantes com instrumento incompleto.

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021. Após esta etapa, o formulário foi encerrado e as informações exportadas como relatório produzido pelo *Google Forms*<sup>®</sup> para uma planilha do *Microsoft Office Excel for Windows 2016*. As identidades foram protegidas no banco de dados por meio de códigos, como P01 para participante 01.

A caracterização sócio-demográfica e cada uma das três dimensões da Escala DUREL foram analisadas por estatística descritiva. Após os cálculos, a interpretação da DUREL ocorre de forma inversamente proporcional, ou seja, quanto menor o escore, maior a religiosidade e vice-versa<sup>13</sup>.

Na análise das evocações livres, utilizou-se o *Microsoft Office Word*<sup>® 2016</sup> para criação do dicionário de termos e *corpus* final que foi executado no *Software EVOC 2005*. Através do mesmo *software*, foram contabilizados o total de termos evocados, frequência simples de ocorrência de cada palavra e média ponderada de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação<sup>14</sup>.

Para construção do Quadro de Quatro Casas, estabeleceu-se um ponto de corte para as frequências mínima e intermediária, assim como para o *Rang*<sup>14</sup>. Posteriormente, realizou-se a análise de coocorrência, na qual foi calculado o índice de similitude com intuito de identificar a ligação, bem como a sua força, entre os cognemas evocados<sup>15</sup>, dando origem à Árvore Máxima de Similitude das evocações ao termo indutor “Saúde”.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 110 indivíduos, sendo o maior percentual de mulheres (70,0%), pessoas entre 29 e 39 anos (29,1%) e moradores do município do Rio de Janeiro (75,5%). Concernente à escala DUREL, o índice de religiosidade ficou de 2,88 para a Religiosidade Organizacional (RO), 3 para Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e 4,43 para Religiosidade Intrínseca (RI).

Concernente à análise prototípica, o *Software EVOC* versão 2005 contabilizou 330 palavras evocadas, das quais 117 eram diferentes. Para construção do quadro, as frequências foram: mínima de 6, e intermediária 10, com a média das ordens médias de evocação (O.M.E) ou *Rang*, igual a 2, em uma escala de 1 a 3 (Figura 1).

O.M.E.	< 2,00			≥ 2,00		
Freq. Média	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo Evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 10	Vida	26	1,846	Cuidado	32	2,000
	Bem-estar	16	1,375	Alimentação	11	2,455
	Ter-fé	13	1,923			
< 10	Hospital	9	1,667	Prevenção	9	2,000
	Importante	7	1,857	Paz	8	2,750
	Primordial	6	1,000	Médico	7	2,143
				Corpo	6	2,000
				Doença	6	2,000
				Mente	6	2,000
				Necessidade	6	2,667

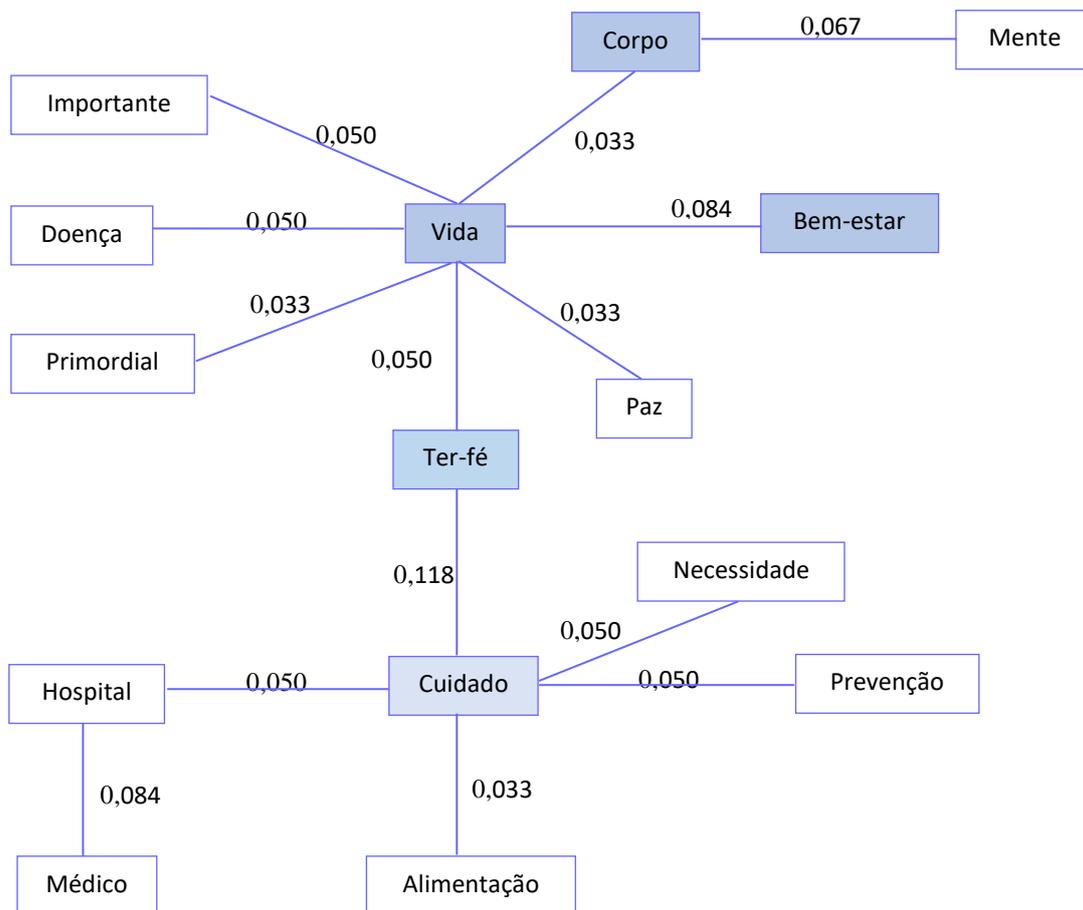
Legenda: n = 110; Fr mín = 6; Fr intermediária = 10 e Rang = 2,00.

Figura 1: Quadro de Quatro Casas referente às Evocações dos Participantes ao Termo Indutor “Saúde” (n=110). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

No quadrante superior esquerdo (QSE), chamado de núcleo central, identificam-se os cognemas: *vida*, *bem-estar* e *ter-fé*, por atenderem aos critérios de maior frequência (≥10) e menor ordem média de evocação (OME <2). No quadrante superior direito (QSD), verificam-se os elementos da primeira periferia: *cuidado* e *alimentação*, devido à alta frequência (≥10) e evocação tardia. O quadrante inferior direito (QID), também chamado de segunda periferia,

apresenta elementos periféricos com baixa frequência (<10) e com alto valor de OME, demonstrando que foram menos evocados e de forma tardia, sendo os termos: *prevenção, paz, médico, corpo, doença, mente e necessidade*. Com relação ao quadrante inferior esquerdo (QIE), conhecido como zona de contraste, observam-se elementos que possuem baixa frequência (<10) e menor OME (<2,00): *hospital, importante e primordial*.

A Figura 2 apresenta a árvore máxima de similitude, que expressa a conexidade entre os termos oriundos da Figura 1, bem como a sua força de ligação.



**Figura 2:** Árvore Máxima de Similitude das Evocações dos Participantes ao Termo Indutor “Saúde” (n=59). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

O menor índice utilizado para a composição da árvore máxima de similitude foi 0,033. Ela se organiza em dois blocos, um superior e outro inferior, interligados pelo cognema *ter-fé*, destacando-se *vida* no bloco superior e *cuidado* no inferior, sendo estes os cognemas com maior número de ligações com outras palavras. *Vida*, que no quadro está no provável núcleo central, realiza o maior número de ligações e organiza o bloco superior, se ligando a *bem-estar* (0,084), *doença* (0,050), *importante* (0,050), *ter-fé* (0,050), *primordial* (0,033), *corpo* (0,033) e *paz* (0,033). Ressalta-se ainda, os elementos que possuem maior força de ligação entre si: *vida* e *bem-estar* (0,084) e *corpo* e *mente* (0,067)

Conectando os dois blocos, *ter-fé* liga-se a *cuidado* com 0,118. O bloco inferior estrutura-se ao redor deste léxico, provavelmente, devido à alta frequência, já que ele integra a primeira periferia da representação. Este cognema estabelece um grande número de ligações (cinco): *ter-fé* (0,118), *necessidade* (0,050), *prevenção* (0,050), *hospital* (0,050) e *alimentação* (0,033). Além disso, *ter-fé* e *cuidado* possuem a maior força de ligação (0,118) da Árvore Máxima de Similitude, seguidos de *hospital* e *médico* (0,084) e *vida* e *bem-estar* (0,084).

## DISCUSSÃO

As características observadas nos participantes corroboram com estudos<sup>16-18</sup> que afirmam a existência, na Umbanda, de aspectos simbólicos compartilhados pelos cariocas, uma vez que, como última precursora, a Umbanda teve as macumbas cariocas, além do destaque do papel da mulher nestas comunidades, uma herança bantu, agregando

pertencimento expresso em suas práticas diárias, por meio de valores, crenças e construção de identidade<sup>16,17</sup>. Através das dimensões RO, RNO e RI da DUREL<sup>19,20</sup>, percebe-se que os umbandistas pesquisados possuem alta religiosidade intrínseca, mas média religiosidade organizacional e não-organizacional. Contudo, reconhece-se os limites da escala, já que a frequência semanal, analisada pela escala, não é tradição na Umbanda.

Face à análise estrutural da representação, no QSE estão os elementos de maior estabilidade e de maior importância na representação. Nele pode-se conhecer o tipo de relação e os valores que o grupo estabelece com o objeto<sup>7</sup>. *Vida, bem-estar* e *ter-fé* são elementos agregadores da dimensão conceitual ao termo indutor “saúde”, sendo evidenciada através do bloco superior da árvore máxima de similitude, com os elementos *vida, bem-estar, paz, importante, primordial, doença, corpo e mente*.

Os elementos periféricos se organizam ao redor do núcleo central, dando concretude à representação e permitindo modificações por seu caráter mais flexível e adaptável à evolução da própria representação, em contrapartida, funciona como uma defesa contra transformações bruscas<sup>7</sup>. O sistema periférico fundamenta-se numa dimensão prática, reforçada pela maior parte do bloco inferior da árvore de similitude (*cuidado, prevenção, alimentação, hospital, médico*).

Sabe-se que o conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1988, foi atualizado para uma perspectiva biopsicossocial em um conceito multideterminado, explicitando religiosidade/espiritualidade como integrantes dos seus determinantes<sup>21</sup>. Neste sentido, os terreiros de Umbanda para além de uma dimensão física, consistem num espaço simbólico de relação e de cuidado. Assim, os consulentes são acolhidos em seus sofrimentos e aconselhados pela liderança espiritual ou por algum integrante do terreiro<sup>2</sup>.

As práticas espirituais na Umbanda desenvolvem-se através do fenômeno do transe que os médiuns apresentam, passando a ter trejeitos, falas, personalidade e conhecimentos atribuídos a determinados espíritos que, segundo a crença da comunidade, o legitima e o possibilita a realizar rituais de cuidado e cura por meio das rezas, benzeções, passes e banhos de limpeza espiritual<sup>22</sup>.

Desta forma, os dados deste estudo evidenciaram a relação entre religião e cuidado com o corpo, uma vez que surgem os elementos *ter-fé, cuidado, necessidade, alimentação e prevenção*, sendo, os dois primeiros, os termos de maior força de ligação (0,118) da árvore máxima de similitude. A Umbanda, enquanto religião organizada e comunidade religiosa, promove um efeito psicossocial e espiritual de conforto e, desta experiência, podem ter origem a presença de elementos físicos que se farão presentes no cotidiano, como amuletos e patuás, considerados símbolos sagrados. No entanto, indo para além do aspecto físico, existe o conhecimento simbólico advindo da tradição religiosa que importa ser respeitado na construção de possibilidades de cuidado e, ao mesmo tempo, integrados à concepção holística do cuidado em saúde.

Assim, as práticas religiosas de saúde na Umbanda podem ser abarcadas na perspectiva do cuidado transcultural, pois auxiliam na ressignificação do cuidado em saúde<sup>9,10</sup>. Partindo da premissa do conhecimento científico, a prática biomédica hegemônica busca a resolução e a objetividade em saúde, consubstanciando uma forma especializada de ação, na maioria das vezes caracterizada como fragmentada. Em contrapartida, a partir da dimensão religiosa e espiritual, no contexto da atuação em saúde, há uma tendência a propor e implementar formas de cuidado integral<sup>22</sup>, tendo em vista que a concepção de saúde se estabelece por meio de diferentes fatores psicossociais.

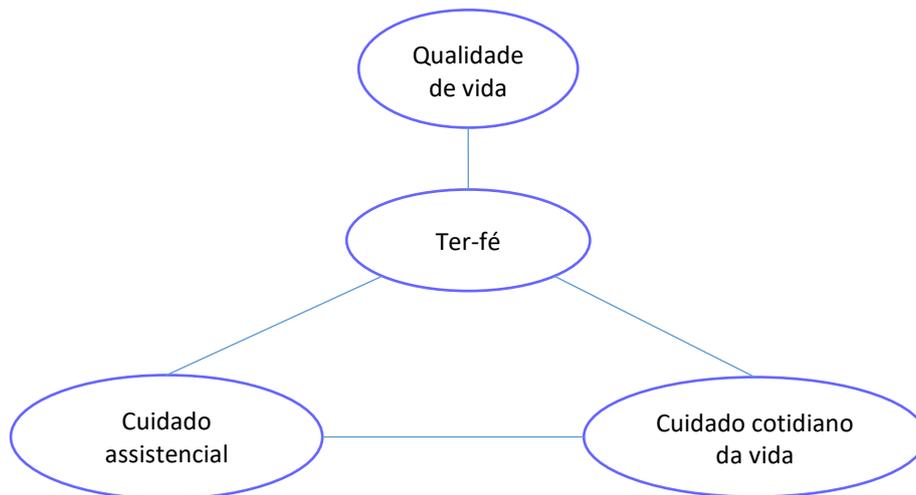
O pensamento social deste grupo parece reforçar a concepção holística e integral da prática religiosa em saúde. No bloco conceitual, a saúde aparece como corpo, mente, vida, primordial e bem-estar, enquanto, no prático, podem ser observados cuidado, prevenção, alimentação e necessidade, ambos interligados pelo elemento fé. O enfermeiro fundamentado na abordagem transcultural é capaz de propor ações de cuidado considerando crenças e valores dos pacientes, para realizar adaptações educativas e assistenciais individuais, de forma eficaz e significativa<sup>23</sup>. No contexto religioso, o lidar com saúde apreende outras nuances que além das práticas hegemônicas em saúde, existe também a busca pelo cuidado em saúde na perspectiva das práticas religiosas<sup>24</sup>.

Quanto aos elementos da primeira periferia, como possuem altas frequências, talvez sejam centrais<sup>25</sup>. Uma segunda forma de verificar a centralidade da representação, é entender que elementos com altas frequências tendem a estabelecer um maior número de ligações<sup>26</sup>. Quanto mais ligações um elemento tiver, maior é o seu comportamento de centralidade, o que reforça a evidência de que *vida, bem-estar, cuidado e ter-fé* sejam provavelmente centrais nesta representação, por fazerem cada um, pelo menos, três ligações com outros elementos, incluindo, entre eles mesmos, além de ter alta frequência e quase todos os menores rangos.

A árvore de similitude ilustra uma peculiaridade do grupo frente a esta representação, pois, ao mesmo tempo em que destacam elementos conceituais e práticos definidos e já apontados, *ter-fé* encontra-se no coração da árvore conferindo sentido à representação mediante uma visão holística de saúde, em especial por sua ligação à *vida* e ao *cuidado*. As especificidades de cuidado de cada indivíduo emergem a partir das subjetividades e das intersubjetividades<sup>27</sup>.

*Vida* e *cuidado* são ressignificados mediante a dimensão afetiva, atitudinal e transcendental que a fé possui para este grupo de religiosos, figurando como um ponto de organização e equilíbrio na organização interna dos elementos frente às duas dimensões mais evidentes: a conceitual e a prática. Neste sentido, a conexão entre bem-estar, doença e vida estabelece o entendimento de uma interligação entre estes cognemas. Graficamente, *vida* aparece entre os dois outros cognemas o que remete a um sentido de cuidado, evidenciando a conexão mais forte entre vida e bem-estar, e uma conexão mais fraca entre vida e doença.

A Figura 3 representa uma síntese esquemática desta representação, considerando os elementos de maior relevância e com características de centralidade.



**Figura 3:** Síntese Esquemática da Representação Social da saúde para Umbandistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

A religiosidade e a espiritualidade contribuem nos momentos de adversidade, no trato cotidiano dos problemas de vida, nas resoluções e na resignação em momentos de angústia<sup>28</sup>. Desta forma, importa aos religiosos preservar o que lhes é sagrado, ao passo que, para o cuidado em saúde, é necessária a obtenção da sensibilidade cultural na busca pelo cuidado holístico e integral em saúde. Assim, pela perspectiva teórica de Leininger, é necessário haver uma comunicação efetiva juntamente com a construção de relacionamentos positivos dentro de um contexto transcultural respeitoso de cuidado<sup>29,30</sup>.

Uma vez que se reconhece a essência da enfermagem centrada no cuidado, as ações assistenciais ou práticas de cuidado transcultural devem obedecer a três etapas: 1 - preservação/manutenção cultural: atitudes profissionais que observam o apoio, o suporte e a capacitação do sujeito, pela preservação de sua saúde; 2 – acomodação/negociação cultural: objetiva apoiar medidas de negociação, adaptação e regulação da saúde do indivíduo; 3 – repadronização/reestruturação: condutas da enfermagem para ajudar o indivíduo a transformar modos padronizados de vida e saúde em hábitos mais saudáveis, por meio da ressignificação dos sentidos a eles atribuídos<sup>31</sup>. Essa forma de atuação profissional da enfermagem é delineada por meio do *Sunrise Model*, onde as ações de cuidado cultural devem convergir com crenças, valores e filosofias de vida das pessoas, pela valorização linear dos conhecimentos mobilizados no cuidado<sup>9,10,32</sup>.

Portanto, o cuidado assume uma função de orientação, guiando as práticas cotidianas para a manutenção da saúde e o seu restabelecimento. Por isso, o enfermeiro deve conhecer o seu paciente e valorizar as suas características pessoais, sociais e culturais para que o cuidado transcultural seja favorável<sup>24</sup>.

#### Limitações do estudo

As limitações do estudo decorrem do número pequeno de participantes que não expressa a realidade da amostra populacional dos umbandistas no município do Rio de Janeiro e impossibilita a generalização dos dados. Destaca-se ainda a dificuldade na coleta dos dados devido à dinâmica institucional dos terreiros pesquisados no período pandêmico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A representação social da saúde para os umbandistas que participaram deste estudo é marcada por concepções multidimensionais que perpassam um conceito ampliado de bem-estar e qualidade de vida, através da religiosidade e do cuidado integral em saúde. Por isso, é necessário que os enfermeiros compreendam e respeitem as crenças, as culturas, os valores do indivíduo e suas diferentes práticas de cuidados de saúde e doença.

Embora a dimensão biomédica se faça muito presente, a fé também surge como elemento estruturante e mediador, conferindo sentido à representação por permitir fortalecer a adesão terapêutica e reforçar a ideia de saúde enquanto algo fundamental à vida, inclusive fortalecida pelas dimensões afetiva, atitudinal e transcendental que possui para este grupo de religiosos.

Logo, esta representação possui duas dimensões principais, física e espiritual, caracterizadas para além da ausência de doença, considerando o bem-estar, a espiritualidade, a cultura, o corpo e a mente, como elementos fundamentais para se definir a saúde e se planejar o cuidado transcultural conforme proposto por Leininger.

## REFERÊNCIAS

1. Rivas Neto F. Umbanda: religião das várias linguagens. *Estudos Afro-Brasileiros*. 2020 [cited 2022 Sep 12]; 1(1):129-36. DOI: <https://doi.org/10.37579/eab.v1i1.9>.
2. Silva LA, Perovano Filho N. Os adeptos de um Terreiro de Umbanda no interior da Bahia e sua relação com o processo doença-cura. *ODEERE*. 2020 [cited 2022 Ago 10]; 5(9):352-78. DOI: <https://doi.org/10.22481/odeere.v5i9.6576>.
3. Brandão JL. A representação social das cirurgias espirituais na Umbanda para médiuns umbandistas do ritual bantu-ameríndio [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2021.
4. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 11ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011. p. 29-110.
5. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro (RJ): EdUERJ; 2001. p. 17-44.
6. Jodelet D. Presença da cultura no campo da saúde. In: Almeida AMO, Santos MFS, Dinis GRS, Trindade ZA. *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos de representações sociais*. Brasília (DF): Ed. UNB; 2006. p. 75-109.
7. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. *Estudos interdisciplinares em representação social*. 2ª ed. Goiânia (GO): AB; 2000. p. 27-38.
8. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro MCS. *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia (GO): UCG; 2003. p. 37-57.
9. Leininger MM. *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices*. Madrid: McGraw-Hill; 1995.
10. Leininger MM, Mcfarland M. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. Canadá: Jones and Bartlett's Publishers Inc.; 2006.
11. Costa BRL. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. *RIGS*. 2018 [cited 2022 Sep 12]; 7(1):15-37. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>.
12. Mota JS. Utilização do google forms na pesquisa acadêmica. *Rev Humanid Inov*. 2019 [cited 2022 Sep 15]; 6(12):372-80. Available from: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeinovacao/article/view/1106>.
13. Koenig HG, Parkerson GR, Meador, KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*. 1997 [cited 2022 Sep 13]; 154(6):885-6. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.885b>.
14. Oliveira DC, Gomes AMT. O processo de coleta e análise dos conteúdos e da estrutura das representações sociais: desafios e princípios para a enfermagem. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, organizadores. *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. Porto Alegre: Moriá Editora; 2015.
15. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV, Amaral MAD. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa (PB): Editora Universitária UFPB; 2005. p. 573-603.
16. Brandão, JL, Gomes, AMT, Apostolidis T. Percepções de umbandistas sobre resultados das Cirurgias espirituais na Umbanda e suas contribuições para a qualidade de vida dos pacientes. *Reflexus*. 2023 [cited 2023 Dec 07]; 17(2):384-406. DOI: <https://doi.org/10.20890/reflexus.v17i2.2794>.
17. 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 [cited 2023 Dec 07]; 76(6):e20220787. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0787>.
18. Morais MA. A dimensão espacial na construção identitária umbandista. *Rev Esp Geo*. 2020 [cited 2022 Sep 16]; 23(1):265-81. Available from: <http://www.lsie.unb.br/espacoegografia/index.php/espacoegografia/article/view/707>.
19. Taunay TCD, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Arch Clin Psychiatry*. 2012 [cited 2022 Sep 14]; 39(4):130-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003>.
20. Fleury LF, Gomes A, Formiga N, França L, Figueiredo V, Mercês M et al. Propriedades psicométricas da escala de religiosidade de Duke: estudo com estudantes universitários. *Psicol saúde doenças*. 2021 [cited 2022 Sep 15]; 22(2):645-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/21psd220227>.

21. Silva LMF, Scorsolini-Comin F. A umbanda e os processos de saúde-doença. *Semina: Ciênc Soc Hum*. 2020 [cited 2022 Sep 20]; 41(2):215-28. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2020v41n2p215>.
22. Purificação MM, Catarino EM, Amorim IB. As ervas medicinais na umbanda nos cultos de preto velho. *Fragm Cult*. 2019 [cited 2022 Sep 25]; 29(4):746-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.18224/frag.v29i4.7741>.
23. Almeida GMF, Nascimento TF, Silva RPLS, Bello MP, Fontes CMB. Theoretical reflections of Leininger's cross-cultural care in the context of Covid-19. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021 [cited 2022 Sep 23]; 42(spe):e20200209. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200209>.
24. Mello MLBC, Oliveira SS. A vida é uma doença incurável- cura e cuidado na tradição de terreiros afro-brasileiros no Rio de Janeiro: contribuições para atenção integral à saúde. *Tem Educ*. 2019 [cited 2022 Sep 13]; 28(1):171-93. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2359-7003.2019v28n1.42072>.
25. Sá CP, Oliveira DC, Castro RV, Vetere R; Carvalho RVC. A memória histórica do regime militar ao longo de três gerações no Rio de Janeiro: sua estrutura representacional. *Est Psicol*. 2009 [cited 2022 Sep 23]; 26(2):159-71. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000200004>.
26. Pecora AR, Sá CP. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá, ao longo de três gerações. *Psicol Reflex Crít*. 2008 [cited 2022 Sep 23]; 21(2):319-25. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000200018>.
27. Gomes MMB, Cavalcante S, Alexandre AC. Etnoenfermagem: um diálogo entre enfermagem e cultura. *Rev Cien Saúde*. 2019 [cited 2022 Sep 23]; 21(2):15-24. Available from: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/9263>.
28. Silva LMF, Scorsolini-Comin F. Na sala de espera do terreiro: uma investigação com adeptos da umbanda com queixas de adoecimento. *Saúde Soc*. 2020 [cited 2022 Sep 12]; 29(1):e190378. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190378>.
29. Hernández-Mayhua IH, Velásquez-Rondón SO. Efectos del cuidado espiritual en la ansiedad situacional de pacientes quirúrgicos. *Rev Cuba Enferm*. 2021 [cited 2022 Sep 23]; 37(1):e3914. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3914>.
30. Schek G, Ianiski FR, Rzigoski D, Vontroba A, Mix PR. Cuidados de uma comunidade remanescente de quilombolas à luz da teoria transcultural de Madeleine Leininger. *Rev Saúde*. 2020 [cited 2022 Sep 13]; 14(3-4):71-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.33947/1982-3282-v14n3-4-4327>.
31. Leininger MM. *Cultural care diversity and universality: a theory of nursing*. New York (NY): National League for Nursing Press; 1991.
32. Leininger MM. *Cultural diversities of health and nursing care*. In: Sexton D. *The nursing clinics of North America: cultural and biological diversity and health care*. Philadelphia (PA): WB Saunders; 1977.

#### Contribuições dos autores:

Concepção, GSS, AMTG e JLB; metodologia, GSS, AMTG, JLB, LFM, e KPDS; software, GSS, AMTG e JLB; validação, GSS, AMTG, JLB, LFM, e KPDS; análise Formal, GSS, AMTG, JLB, LFM, e KPDS; investigação, GSS, AMTG e JLB; obtenção de recursos, GSS e AMTG; curadoria de dados, GSS, AMTG e JLB; redação - preparação do manuscrito, GSS, AMTG e JLB; redação – revisão e edição, GSS, AMTG, JLB, LFM, e KPDS; visualização, GSS, AMTG, JLB, LFM, e KPDS; supervisão, AMTG; administração do Projeto, AMTG; aquisição de Financiamento, AMTG. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.