

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA

ACALANTO:
perfil espiritual de pacientes com HIV/ AIDS

João Pessoa
2019

CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA

ACALANTO:
perfil espiritual de pacientes com HIV/ AIDS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título do Mestre em Ciências das Religiões.

Orientadora: Dra. Ana Paula Rodrigues Cavalcanti

Coorientador: Dr. Carlos André Macêdo Cavalcanti

Linha: Espiritualidade e Saúde

João Pessoa
2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586a Silva, Cassiano Augusto Oliveira da.

ACALANTO: perfil espiritual de pacientes com HIV/ AIDS
/ Cassiano Augusto Oliveira da Silva. - João Pessoa,
2019.

160f. : il.

Orientação: Ana Paula Rodrigues Cavalcanti.

Coorientação: Carlos André Macêdo Cavalcanti.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/EDUCAÇÃO.

1. Enfrentamento. 2. Diagnóstico. 3. Espiritualidade.
4. HIV/AIDS. 5. Saúde. I. Cavalcanti, Ana Paula
Rodrigues. II. Título.

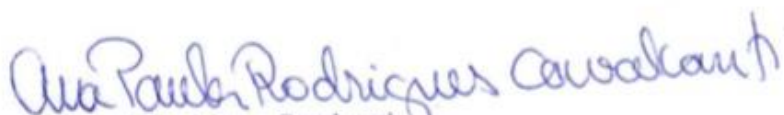
UFPB/BC

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ACALANTO: perfil espiritual de pacientes com HIV/AIDS.

Cassiano Augusto Oliveira da Silva

Dissertação apresentada à banca examinadora formada pelos seguintes especialistas.


Ana Paula Rodrigues Cavalcanti
(orientadora/PPGCR/UFPB)


Severino Celestino da Silva
(membro-externo/UFPB)


Carlos André Macêdo Cavalcanti
(membro-interno/PPGCR/UFPB)


Thiago Antonio Avellar de Aquino
(membro-interno/PPGCR/UFPB)

Aprovada em 24 de julho de 2019.

AGRADECENDO, DEDICO

“Ame até que doa. Se dói é um bom sinal” disse a "Santa das Sarjetas", Tereza de Calcutá. Além do mais, agradecer é um vistoso adereço do belíssimo traje do amor. Sendo assim, buscando permutar os trapos que visto em vida, aproveito esse pequeno espaço para iniciar o me despir do pedantismo e da arrogância, qualidades inferiores da qual fui alcunhado por uma colega de curso por querer deixar o protocolo de agradecimento em segundo plano.

Assim sendo, uma vez que peregrinei por novos caminhos, com o auxílio de tantos samaritanos, faço a reverência devida e agradeço. Desta forma:

Ao Deus Trino, na pessoa do seu Filho Jesus Cristo, que como Verbo estabeleceu o princípio da Criação e, que como Verbo Encarnado derramou seu amor sobre a humanidade e, ainda assim o faz hodiernamente. Sinto o doce sabor do seu Amor a cada dia que se inicia.

Ao meu esteio existencial constituído por dois pais e duas mães, estas, minha mãe biológica Nércia e minha irmã Surama e, aqueles, meu pai biológico Antônio e meu irmão Cassio. Com certeza exercendo cada um papéis distintos, com aproximações e distanciamentos e mesmo nas diferenças, unidos visceralmente no esforço para que este filho “menor” seja capaz de olhar para dentro si e encontrar a real felicidade.

Aos professores doutores Ana Paula Cavalcanti e Carlos André Macêdo Cavalcanti, respectivamente orientadora e coorientador, por todo o empenho doado a mim nesta empreitada, lembrando que nesta não foi me dado apenas o amparo acadêmico, este veio ornado de gestos fraternos. Diz o texto sagrado cristão “estive enfermo, e vós me cuidastes”, não preciso me delongar quanto a isto, pois aqueles sabem muito bem do que se trata.

Aos professores doutores Severino Celestino da Silva e Thiago Antonio Avellar de Aquino, membros da banca examinadora na qual fui submetido, pela disponibilidade e pelo acudo fornecido nesta caminhada. As orientações por eles dirigidas foram à risca seguidas, pois aprendi que um bom discípulo segue o caminho apontado pelo mestre.

Aos professores do PPGCR da UFPB, na pessoa da professora Dr^a Dilaine Soares Sampaio, a qual carinhosamente a apodei de uma biblioteca que deambula.

Ao secretário do PPGCR da UFPB Felipe, que foi para todos que topam a porta do referido programa, um amigo.

Aos colegas do curso de mestrado em especial Beethoven Resende, Jeane Cavalcanti, Themis Lessa, Marcos Paulo Soares, Caetano Silva, Monicy Araújo e Ricardo Sobral, a estes digo que o mundo nós estamos a conquistar, mas nosso lugar este já foi conquistado.

A Raquel de Lourdes de Miranda e Silva Carmona, uma colega de curso que na vida acabou se tornando uma amiga capaz de vibrar na mesma frequência. Detentora de um gosto apurado e de gestos finos, mas ousada em me atribuir qualidades a exemplo do jeito *blasé* que diz eu ter, não sei de onde ela retira isto. Ademais, soube muito polida e carinhosamente adentrar em meu mundo e tomar lugar, *lócus* este que não cabe qualquer reino.

Ao Governo do Estado da Paraíba, nas pessoas de Adriana Melo Teixeira, que como diretora geral do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, na época, deu-me todo apoio para realização do mestrado. Da mesma forma, a Thaís Maíra de Matos, atual diretora do referido complexo hospitalar, que também abraçou o objetivo da pesquisa e proporcionou total liberdade, dentro dos padrões éticos, para realização deste trabalho.

Aos demais, meu muito obrigado!

Ubiquidade

*Estás em tudo que penso,
Estás em quanto imagino;
Estás no horizonte imenso,
Estás no grão pequenino.
Estás na ovelha que pasce,
Estás no rio que corre:
Estás em tudo que nasce,
Estás em tudo que morre.
Em tudo estás, nem repousas,
Ó ser tão mesmo e diverso!
(Eras no início das coisas,
Serás no fim do universo).
Estás na alma e nos sentidos
Estás no espírito, estás
Na letra, e, os tempos cumpridos,
No céu, no céu estarás.*

Manoel Bandeira

LISTA FIGURAS

Figura 1 - CITs do Componente Necessidades Religiosas.....	85
Figura 2 – CCIIs do componente Necessidades Religiosas.....	85
Figura 3 - CITs do Componente Paz interior e Necessidade de Apoio Familiar	86
Figura 4 -: CCIIs do componente Paz interior e Necessidade de Apoio Familiar.....	87
Figura 5 - CITs do Necessidades Existenciais	87
Figura 6 - CCIIs do componente Necessidades Existenciais.....	88
Figura 7 - CITs do componente Necessidades de Reconhecimento Social.....	89
Figura 8 - CCIIs do componente Necessidades de Reconhecimento social	89
Figura 9 - CITs do componente Necessidades de Domínio do Tempo.....	90
Figura 10 -CCIIIs do Componente Necessidades de Domínio do Tempo.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos de HIV+ notificados no CHCF por ano de notificação e sexo	71
Tabela 2 - Casos de HIV+ notificados no CHCF em 2017 por idade	72
Tabela 3 - Casos de AIDS notificados no CHCF por ano de notificação e sexo	72
Tabela 4 - Casos de AIDS notificados no CHCF em 2017 por idade	72
Tabela 5 - Casos de AIDS notificados no CHCF em 2017 por categoria de exposição.....	73
Tabela 6 - Perfil sociodemográfico e religioso	80
Tabela 7 - Estrutura Fatorial da SpNQ-BR.....	81
Tabela 8 - Parâmetros dos Itens da SpNQ	83
Tabela 9 - Perfil da amostra nos Componentes da SpNQ	91
Tabela 10 - Comparação dos Componentes da SpNQ quanto ao gênero	92

LISTA DOS GRÁFICOS COM OS ITENS (DO APÊNDICE III)

Gráfico 1 -Item 13	134
Gráfico 2 - Item 14	134
Gráfico 3 - Item 15	135
Gráfico 4 - Item 18	135
Gráfico 5 - Item 19	136
Gráfico 6 - Item 20	136
Gráfico 7 - Item 23	137
Gráfico 8 - Item 26	137
Gráfico 9 - Item 13	138
Gráfico 10 - Item 14	138
Gráfico 11 - Item 15	139
Gráfico 12 - Item 18: Rezar/orar com alguém.....	139
Gráfico 13 - Item 19	140
Gráfico 14 - Item 20	140
Gráfico 15 - Item 23	141
Gráfico 16 - Item 26	141
Gráfico 17 - Item 6	142
Gráfico 18 - Item 7	142
Gráfico 19 - Item 8	143
Gráfico 20 - Item 25	143
Gráfico 21 - Item 28	144
Gráfico 22 - Item 30	144
Gráfico 23 - Item 6	145
Gráfico 24 - Item 7	145
Gráfico 25 - Item 8	146
Gráfico 26 - Item 25	146
Gráfico 27 - Item 28	147
Gráfico 28 - Item 30	147
Gráfico 29 - Item 2	148
Gráfico 30 - Item 10	148

Gráfico 31 - Item 11	149
Gráfico 32 - Item 12	149
Gráfico 33 - Item 2	150
Gráfico 34 - Item 10	150
Gráfico 35 - Item 11	151
Gráfico 36 - Item 12	151
Gráfico 37 - Item 3	152
Gráfico 38 - Item 21	152
Gráfico 39 - Item 22	153
Gráfico 40 - Item 3	153
Gráfico 41 - Item 21	154
Gráfico 42 - Item 22	154
Gráfico 43 - Item 4	155
Gráfico 44 - Item 5	155
Gráfico 45 - Item 4	156
Gráfico 46 - Item 5	156

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Análise de Componentes Principais
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AFE	Análise Fatorial Exploratória
ANOVA	Análise de Variância
AZT	Zidovudina ou Azidotimidina
B20	Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, resultando em doenças infecciosas e parasitárias
B24	Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana não especificada
CCI	Curvas Característica dos Itens
CITs	Curvas de Informação Total dos itens
CID10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
CHCF	Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosas Dr. Clementino Fraga
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CR	Ciências das Religiões
DIAHV/SVS/MS	Departamento das IST, AIDS e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
GRID	Gay-Related Immune Deficiency
HAT-QOL	HIV/AIDS Target Quality of Life
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HTLV	Human T-Cell Lymphoma Virus
IBM SPSS	Statistical Package for Social Sciences for Windows
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LAV	Lymphadenopathy Associated Virus
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report

NAF	Necessidades de Apoio Familiar
NE	Necessidades Existenciais
NR	Necessidades Religiosas
OMS	Organização mundial de Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PI	Paz Interior
PPGCR/UFPB	Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
QV	Qualidade de Vida
SES-SP	Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo
SGRM	Samejima's Graded Response Model
Siclom	Registros do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Siscel	Sistema de Informação de Exames Laboratoriais
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SpNQ	The Spiritual Needs Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TGI	Teoria Geral do Imaginário
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
WHOQOL	The World Health Organization instrument to evaluate quality of life

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi o de identificar o perfil espiritual dos pacientes com HIV/AIDS, a partir da aplicação do questionário de necessidades espirituais, *The Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) de Büssing, originalmente escrito em língua alemã, foi traduzido e validado em 12 idiomas, inclusive em português brasileiro. Para discutir estes resultados nos amparamos no discurso das Ciências das Religiões e utilizamos como abordagem fenomenológica a Teoria Geral do Imaginário (TGI) de Gilbert Durand, subsidiando o entendimento da condição do paciente com HIV/AIDS, que como todo ser humano carrega em si os recursos do seu imaginário social e cultural e do universo no qual povoam os seus enfrentamentos. Nosso esforço se dá através da replicação do SpNQ no Estado da Paraíba com amostra similar ao aplicado primeiramente no Brasil. A coleta de dados ocorreu na referência estadual de infectologia, o Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga. O estudo final contou com a participação de 157 pacientes portadores do HIV/ AIDS, sendo a maioria dos participantes do gênero masculino, com idades entre 30 e 49 anos e com ensino médio completo e destes apenas 16 integrantes da amostra afirmou participar de alguma atividade religiosa, as religiões mais frequentes foram a católica e evangélica. A nossa amostra foi constituída por pacientes portadores do HIV/ AIDS atendidos no ambulatório da referida unidade de saúde. Para o alcance daquilo que foi proposto em nosso objetivo, os dados foram tabulados e analisados nos softwares estatísticos IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) versão 21 e R Studio 3.4.1; a partir das seguintes técnicas: Estatísticas descritivas e Intervalo de Confiança; Análise Fatorial Exploratória; Análise de Consistência Interna; Teoria de Resposta ao Item; Análise de Variância (ANOVA de um fator independente). Este nosso estudo conformou uma estrutura de 5 fatores: Necessidades Religiosas ($\alpha = 0,73$), Necessidades de Paz Interior e Apoio Familiar reunidas ($\alpha = 0,64$), Necessidades Existenciais ($\alpha = 0,49$) e no lugar do fator “Doação Ativa”, dois novos domínios, que foram denominados Reconhecimento Social ($\alpha = 0,54$) e Domínio do Tempo ($\alpha = 0,57$). Com estes resultados observou-se que, em nossa amostra, a religiosidade institucional percebida na composição dos itens de Necessidade de Reconhecimento Social mostra que os pacientes soropositivos diferenciam religiosidade de espiritualidade: O fator Necessidades Religiosas apresentou $\alpha = 0,73$, e reúne itens próprios da definição do construto “espiritualidade”. Esta diferenciação não foi observada em nenhum outro estudo. Os resultados obtidos apresentaram bons critérios de validade, sendo sensível as diversidades culturais, permitindo sua utilização em demais pacientes no Brasil.

Palavras chaves: Enfrentamento. Diagnóstico. Espiritualidade. HIV/AIDS. Saúde.

ABSTRACT

The aim of this research was to identify the spiritual profile of patients with HIV / AIDS, by applying the spiritual needs questionnaire, The Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) from Büssing, originally written in German, it has been translated and validated in 12 languages including Brazilian Portuguese. To discuss these results we rely on the discourse of the Sciences of Religion and use as a phenomenological approach Gilbert Durand's General Theory of the Imagination (TGI), supporting the understanding of the condition of the patient with HIV/AIDS, which as every human being carries within them. Resources of their social and cultural imaginary and of the universe in which their confrontations our effort is through the replication of SpNQ in the state of Paraíba with a sample similar to that applied primarily in Brazil. Data collection occurred at the Dr. Clementino Fraga Hospital Complex for Infectious Diseases, a reference hospital in the state of Paraíba. The final study included the participation of 157 HIV/AIDS patients, most of them male participants, aged between 30 and 49 years old and having completed high school, and of these only 16 members of the sample reported participating in some religious activity, the most frequent religions were catholic and evangelical. Our sample consisted of patients with HIV/AIDS treated at the outpatient clinic of the referred health unit. In order to achieve what was proposed in our objective, the data were tabulated and analyzed using the statistical software IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) version 21 and R Studio 3.4.1; using the following techniques: Descriptive Statistics and Confidence Interval; Exploratory Factor Analysis; Internal Consistency Analysis; Item Response Theory; Analysis of Variance (ANOVA of an independent factor). This study of ours conformed a structure of 5 factors: Religious Needs ($\alpha = 0.73$), International Peace Needs and Family Support combined ($\alpha = 0.64$), Existential Needs ($\alpha = 0.49$) and in place of the "Active Donation" factor, two new domains, which They were named Social Recognition ($\alpha = 0.54$) and Time Domain ($\alpha = 0.57$). With these results it was observed that, in our sample, the institutional religiosity perceived in the composition of the items of Need for Social Recognition shows that seropositive patients differentiate religiosity from spirituality: The factor Religious Needs presented $\alpha = 0.73$, and gathers own items of the definition of the construct "spirituality". This differentiation was not observed in any other study. The results presented good validity standards, being sensitive to cultural diversity, allowing its use in other patients in Brazil.

Keywords: Coping. Diagnosis. Spirituality. HIV / AIDS. Cheers.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 DE SEU DESTINO CADA QUAL ARTÍFICE É!	19
1.1 A AIDS e o seu aparecimento – um histórico.	24
1.2 AIDS - seu ensaio e sua história no Brasil	28
1.3 A AIDS como pauta de ação governamental no Brasil	33
1.3.1 A trincheira epidemiológica da AIDS	38
2 QUALIDADE DE VIDA: UM OLHAR PARA ESPIRITUALIDADE	43
2.1 Ciências das Religiões	49
2.2 Nos passos do imaginário com o intelectual de Grenoble, Gilbert Durand	56
2.3 A construção teórico-metodológica da pesquisa	62
3 A PESQUISA	71
3.1 Trabalho de campo	71
3.1.1 Instrumento de coleta de dados	73
3.1.2 Procedimento de coleta de dados.....	74
3.2 Análise estatística	75
3.2.1 Estatísticas Descritivas	75
3.2.2 Análise Fatorial Exploratória (AFE)	76
3.2.3 Análise de Consistência interna.....	78
3.2.4 Teoria de resposta ao item	78
3.2.5 Análise de Variância.....	79
4 RESULTADOS	80
4.1 Perfil da Amostra.....	80
4.2 Validade de Construto e Consistência Interna da SpNQ	81
4.3 Análise dos Itens a partir da Teoria de Resposta ao Item.....	83
4.4 Perfil da Amostra em Necessidades Espirituais	91
4.5 Comparação das Necessidades Espirituais quanto às variáveis Sociodemográficas	92
5 DISCUSSÃO	94
5.1 Acalanto.....	99
5.2 Sem vencedores ou vencidos!.....	110
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	118
APÊNDICES	131
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	132

APÊNDICE II – QUESTIONARIO DE NECESSIDADES ESPIRITUAIS	133
--	-----

APÊNDICE III – CURVAS CARACTERÍSTICAS DOS ITENS E CURVAS DE INFORMAÇÃO DOS ITENS	134
---	-----

a) Componente RN	134
a.1) CCIs	138
b) Componente IP/FSN	142
b.1) CITs	142
b.2) CCIS	145
c) Componente EM.....	148
c.1) CITs	148
c.2) CCIS	150
d) Componente F4	152
d.1) CIT	152
d.2) CCIS	153
e) Componente F5	155
e.1) CCIs	156

APÊNDICE IV - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	157
--	-----

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação intitulada *ACALANTO: perfil espiritual de pacientes com HIV/AIDS* é um estudo realizado no âmbito do Mestrado de Ciências das Religiões, no Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, que possui como objetivo primário identificar o perfil espiritual dos pacientes com HIV, assistidos no ambulatório do hospital referência Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, situado no histórico bairro de Jaguaribe, na cidade de João Pessoa, capital da Paraíba, a partir da replicação do questionário de necessidades espirituais, *The Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) de Büssing *et al.* (2018) e se amparando no discurso da Teoria Geral do Imaginário do pesquisador francês Gilbert Durand.

Nossa composição está disposta em cinco capítulos, nos quais o primeiro apresenta uma introdução à pesquisa, expondo nosso aproximar com o tema, passando por uma descrição profunda a respeito do HIV/AIDS. No segundo capítulo, é visto a reflexão sobre as ciências das religiões, adentrando na cultura do imaginário através do pensamento durandiano, expondo a construção teórico-metodológica desta nossa pesquisa. O *tertio* item do corpo desta dissertação é a apresentação da pesquisa com o *locus* selecionado para o estudo, o questionário de necessidades espirituais como instrumento de coleta de dados, além das técnicas estatísticas escolhidas para acudir este estudo, a saber: estatísticas descritivas e intervalo de confiança; análise fatorial exploratória; análise de consistência interna; teoria de resposta ao item e a análise de variância (ANOVA de um fator independente). Abeirando-se do término e dando corpo aquilo que propusemos, no quarto capítulo apresentamos os resultados angariados e meticulosamente analisados. Por fim, no quinto item é mostrada a discussão na qual vamos bispar a compreensão daquilo que seria o perfil espiritual exposto pelos pacientes com HIV/AIDS, tendo a apreensão que os aspectos espiritualidade e religiosidade diferenciam os seres humanos entre si e se constituem como meios de onde sobressaem as diferenças entre as sociedades.

Isto posto, vale reiterar que tudo isso se constrói a partir de uma vertente fenomenológica com o olhar das ciências das religiões e da teoria geral do imaginário. Assim, esse esforço além de ser o diagnóstico de uma realidade sócio antropológica que permite um olhar mais humano, voltado para as singularidades do portador do HIV/AIDS, este vem abrir pórticos para pesquisas vindouras no imbricar dos saberes científicos e se configurou, para nós, emocionalmente como um gozo encontrado nos sentidos.

1 DE SEU DESTINO CADA QUAL ARTÍFICE É!

A busca por trabalhar a temática em questão abrolhou como consequência de nossa história pessoal. No ano de 2009 assumimos o cargo de membro executor enfermeiro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do hospital de referência estadual, Paraíba, no tratamento de doenças infecto contagiosas, em particular os casos de acometimento pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Assim, inserido nesse campo, torna-se imperativa a capacidade de compreensão do estado no qual se encontravam os portadores do HIV/AIDS em tratamento hospitalar, além de inquietações e ansiedades que nossa categoria profissional se depara, sobretudo, no entendimento das necessidades humanas que são pertinentes aos que sofrem com as comorbidades e os eventos adversos em HIV/AIDS.

Concomitantemente, nos encontrávamos em processo de formação religiosa e, no ano de 2011 fomos admitidos no curso de bacharelado em Teologia no Seminário Arquidiocesano da Paraíba Imaculada Conceição, onde chegamos a concluí-lo quatro anos depois. Então, já se pode aí perceber que a religiosidade vai se estruturando como uma dimensão que instigará em nós uma meditação, não de forma rasa e incipiente, mas de um modo mais aprofundado envolvendo elementos que transcendem as práticas confessionais e que desembocará no campo da espiritualidade.

A amalgamação de temas: religião *a priori*, religiões e saúde a partir de uma predisposição pessoal e profissional e, da espiritualidade como busca de significado, propósito e transcendência, através de crenças, valores, tradições e práticas, passaram a fazer parte da nossa vida como elementos ativos da mesma, capazes de nos induzir a um processo de contínua reflexão sobre a condição integral do paciente que convive com o HIV/AIDS, no enfrentar da vida (BÜSSING *et al.*, 2018). Sendo essa, na maior parte das vezes, marcada por emoções únicas permeadas por sofrimentos que assinalam a história pessoal dos infectados. São histórias de vida que continuam em construção, agora num contexto repleto de significados, entre os quais: o medo do abandono, de ser julgado e de revelar sua identidade social; a culpa pelo adoecimento; a impotência; a fuga; a clandestinidade, a omissão; o abandono; a exclusão e, até mesmo, o suicídio (ALMEIDA *et al.*, 2006).

Assim, exercendo a vida profissional inserida na área da saúde, em específico com os portadores de HIV/AIDS e, com nossa história pessoal como teólogo, não rebocado pelo hermetismo doutrinal, o Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da

Universidade Federal da Paraíba (PPGCR/ UFPB) se configurou como o meio que nos permitiu adentrar na temática da religiosidade e espiritualidade com portadores de HIV/AIDS.

É interessante destacar algumas produções mais recentes a respeito das necessidades espirituais em portadores de doenças crônicas: Büssing; Recchia; Koenig; Baumann; Frick (2018), Büssing; Valente; Cavalcanti; Costa Junior (2018), Pinho; Damaso; Gomes; Trajano; Andrade; Valença (2017), Cavalcante (2010), Rosa Junior (2010). Segundo Büssing (2018), em um estudo com pacientes alemães portadores de enfermidades associadas à dor crônica, pesquisadores descobriram que 23% conversaram com um capelão / sacerdote sobre suas necessidades espirituais, 20% não tinham parceiro para falar sobre essas necessidades e para 37% era importante conversar com seu médico sobre essas necessidades.

Em um estudo cujo título: *Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa do questionário de necessidades espirituais– SpNQ, entre pacientes HIV positivos no Brasil*, o professor Büssing e colaboradores, observou a importância que as sociedades atribuem à religião e à espiritualidade, neste caso em específico o Brasil, com ênfase nos pacientes HIV positivos, ponderando também o modo como a espiritualidade é vivenciada e reconhecida no Brasil, ou seja, o SpNQ mostrou-se sensível às diferenças culturais, bem como às doenças (BÜSSING *et al.*, 2018). Já na esfera internacional, encontramos algumas publicações que seguem o viés da religiosidade e da espiritualidade em pacientes com HIV/AIDS, no entanto, ainda numa quantidade ínfima, dentre os quais podemos apontar: Miller (2018); D’Mello; Govindaraju; Monteiro (2017), Charest (2016), Angelim; Brandão; Freire; Souza; Pereira; Abrão (2016).

Neste PPGCR foram desenvolvidas duas interessantes dissertações que operaram com o soro positivo. Uma delas foi intitulada: *Evidências empíricas de um modelo teórico para explicar a noopsicossomática em pessoas vivendo com HIV/AIDS*, de autoria de Pontes (2012) e, tem como objetivo: testar um modelo teórico proposto por Viktor Frankl que explica a dinâmica da noopsicossomática em pessoas com HIV/ AIDS. A conclusão desta vem mostrar a relevância, a partir do referido modelo, da religiosidade/ espiritualidade e do sentido da vida no processo de adoecimento e saúde (PONTES, 2012).

O outro trabalho carregou o título: *AIDS e religiosidade: influências intersubjetivas aos acometidos pela epidemia*, produzida por Silva (2009), que avaliou a qualidade de vida dos portadores de HIV/AIDS na capital paraibana, investigando a influência da religiosidade no enfrentamento da AIDS. Este estudo apresentou como objetivos: avaliar a qualidade de vida dos portadores de HIV/AIDS na cidade de João Pessoa/PB, apontando a influência da religiosidade no enfrentamento da AIDS e; verificar a influência da categoria “raça” /cor

aliada ao fator religioso na forma de enfrentamento do soropositivo. Assim, a partir do ponto de vista religioso se constatou que o diagnóstico de AIDS não está atrelado a morte, mas à vida, uma vez que as pessoas tentam aprender a viver com a doença, encontrando diariamente um sentido de vida, com a intenção de resgatar o respeito e a dignidade, e, assim, dizimar os estigmas causados no transcurso da epidemia, que as fazem ficar quase que isolados, sem o direito de viver como as demais pessoas (SILVA, 2009).

Um artigo publicado em 2011 na *Ciência & Saúde Coletiva*, de autoria de Moser e Traebert (2011), com o título: *Adaptação transcultural do questionário HIV/AIDS-Target Quality of Life para avaliação da qualidade de vida em pacientes com HIV/AIDS* e, objetivou realizar a adaptação transcultural do questionário *HIV/AIDS, Target Quality of Life Instrument* para o português, avaliando suas propriedades psicométricas. O *HIV/AIDS Target Quality of Life* (HAT-QOL) busca analisar a qualidade de vida sob nove domínios: funções gerais, funções sexuais, problemas de comunicação, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, aceitação sobre o HIV, satisfação com a vida, preocupações com medicamentos e confiança no serviço de saúde, entretanto a dimensão da espiritualidade foi deixada de lado, como em tantas outras pesquisas que envolvem a qualidade de vida.

A AIDS está dentro do grupo das doenças crônicas, tais como as cardiovasculares, o câncer, o diabetes etc. Entretanto é a AIDS a que mais consegue mobilizar o ser humano do ponto de vista biopsicossocial (BÜSSING *et al.*, 2018). Até o momento, viver com AIDS é permanente; implica mudanças de hábitos e comportamentos, convivência com os impactos sociais e emocionais da doença e de seus sintomas, utilização ininterrupta de medicações, frequente interação com profissionais de saúde e a permanente vivência da impossibilidade de esperança de cura, sendo redefinida como condição crônica a partir dos avanços do conhecimento sobre a história natural da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, da possibilidade de monitorar a progressão da doença com o surgimento de marcadores laboratoriais tais como os exames de CD4 e de carga viral, além do surgimento do tratamento antirretroviral (ALENCAR; NEMES; VELOSO, 2008).

O quadro da epidemia de HIV/AIDS, desde seu início, vem tomando rumos no mundo, o que se reflete diretamente em alterações do perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/AIDS. A terapia antirretroviral tripla de alta potência (TARV), disponível no Brasil desde 1996 e universalizada no país, de modo efetivo a partir de 1999, faz reduzir a mortalidade causada pela AIDS em 50% e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV, passou a melhorar significativamente (SANTOS *et al.*, 2009; BRASIL, 2015). Portanto, mostra uma condição que exige integral atenção e, acurada propriedade, na medida em que os

aspectos psicossociais de pessoas com HIV/AIDS podem influenciar o curso da infecção. Para Brito (2016), um dos aspectos psicossociais da soropositividade que deve ser considerado pela equipe de saúde é a dimensão religiosa e/ou espiritual, posto que tende a influenciar a percepção da doença e o processo de enfrentamento, podendo afetar a adesão ao tratamento no contexto de doenças graves.

É notório que atualmente o campo das Ciências Médicas vem passando por uma fase de transição e se encontra à procura de novas fronteiras e caminhos para a evolução do conhecimento. O direcionamento científico da Medicina aponta as áreas da biologia molecular, genética, farmacoterapia e terapias complementares de saúde, mas também há reconhecida tendência para o estudo da espiritualidade (KOENIG, 2004). Nesse viés, diversos estudos examinaram a relação da religiosidade e/ou espiritualidade com diversos aspectos da saúde dos indivíduos e a maioria deles aponta para melhores indicadores de saúde e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades ditas religiosas (ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Hoje as pesquisas sobre a relação entre religiosidade e saúde buscam avaliar como crenças e posturas religiosas se relacionam ou interferem na saúde e no estilo de vida do indivíduo.

Do ponto de vista clínico e epidemiológico, importa avaliar o impacto que religião, religiosidade e espiritualidade possam ter sobre a saúde física e mental de uma pessoa ou uma comunidade (ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Estudos revelam que as atividades religiosas e o envolvimento com a espiritualidade de modo geral, estão associados a melhora da saúde física, particularmente quando ocorrem no ambiente da comunidade. Portanto, é sabido que quando atividades religiosas não modificam o curso de doenças físicas ou prolongam a vida, elas podem melhorar a qualidade de vida e o propósito de viver (KOENIG, 2001). Isto posto e, tomando por base nossa vivência como profissional da saúde que atua diretamente com pacientes acometidos pelo HIV/AIDS, podemos dizer que as necessidades espirituais e de transcendência raramente são consideradas na prática pela maioria dos referidos profissionais e, diferentemente do que ocorre com as necessidades fisiológicas, àquelas relacionadas com a sobrevivência dos indivíduos.

Hodiernamente quase nada se pode constatar a respeito das ações e condutas que estão associadas às questões de religiosidade, espiritualidade humana, além da compreensão da morte. Abordar as necessidades espirituais requer conhecimento específico sobre o que as pessoas exigem e esperam. Portanto, essas necessidades não atendidas precisam ser operacionalizadas e medidas. Nesse entendimento, é compreensível que aqueles que estão diretamente ligados aos pacientes, dentre eles os profissionais de saúde, os capelães e os

familiares de pacientes, possuem a chance de responder a tais necessidades (BÜSSING *et al.*, 2018).

Viktor Frankl, psicólogo, psiquiatra, filósofo e sobrevivente dos campos de concentração, a saber: *Theresienstadt*, *Auschwitz*, *Kaufering III* e *Türkheim*, estes tidos como os mais letais centros de confinamento e extermínio, criou a logoterapia, psicoterapia que enxerga a religiosidade e a baliza como um fenômeno humano, oriundo da dimensão noológica, ou espiritual, não passível de reduções e interpretações caricaturais, ou seja, aquelas que ocorrem para um esclarecimento do fenômeno religioso como um mero epifenômeno (AQUINO, 2014).

A psicoterapia, por Frankl, desenvolvida, avista o homem de forma integral em suas dimensões (somática, psíquica e noológica). E esta característica espiritual é uma determinante na diferenciação do homem em relação aos demais animais, entendendo o espiritual não somente como dimensão religiosa, mas valorativa, intelectual e artística, apresentando predicados como a livre tomada de decisões, a consciência moral e a criatividade. Este relacionar ternário das dimensões que constituem o homem é alcunhada por noopsicossomática. Sua conformação resulta na propositura por ele apresentada de que a situação imunológica está conexa com a situação afetiva, o que por sua vez, também está associada à dimensão noológica. Deste modo, a orientação do homem para o sentido seria um fator não apenas de proteção à saúde, mas de sobrevivência (PONTES *et al.*, 2015; AQUINO, 2014).

Embora possamos acreditar que saúde tem a ver com um estado de bem-estar físico, psíquico, familiar, financeiro, profissional, ambiental, social e espiritual, como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), preocupamo-nos pouco ou quase nada com a nossa própria espiritualidade e, muito menos, com a dos usuários dos serviços de saúde. É fato que os profissionais da saúde, em sua maioria, desconhecem a forma como se trabalhar com a dimensão da religiosidade/espiritualidade que cada usuário carrega e que interfere diretamente na forma como este interage com o mundo que o cerca e enfrenta as infecções que o acomete (BRITO, 2016; PINHO *et al.*, 2017).

As pesquisas sobre espiritualidade e religiosidade em pessoas com HIV/AIDS ainda são insuficientes no Brasil, em âmbito internacional a discussão acadêmica é um pouco mais ampla e diferenciada. Cada vez mais pesquisas têm reconhecido a importância dessas dimensões na vida e no bem-estar de pessoas soropositivas. Boa parte da literatura da área aponta para o fato de que as crenças e práticas religiosas, são mediadoras do processo saúde-

doença, por possibilitarem o desenvolvimento e o aumento de recursos pessoais de enfrentamento das infecções (BRITO, 2016).

A dimensão da religiosidade é utilizada como forma de fortalecimento do indivíduo no enfrentamento das fragilidades decorrentes da doença. Os pacientes utilizam a fé como fonte de vitalidade, conforto e esperança para o fortalecimento pessoal, para resistir contra a doença, tentar entender o porquê de tal situação e para reduzir a culpa imputada a quem adoece. Também é observado que pacientes que se diziam “sem religião, mas que acreditavam em Deus”, buscavam Nele fonte de força, conforto e esperança no enfrentamento do HIV/ AIDS (PINHO *et al.*, 2017).

Motivados pelo tema e pela escassez de trabalhos referentes ao mesmo (apenas 7 resultados na plataforma periodicosapes.gov.br em 22 de junho de 2019, com as palavras-chave “HIV AND relig*”, e apenas 79 resultados com as palavras-chave “HIV AND spirit*”, ambas as combinações para publicações desde 2005), buscou-se identificar o perfil espiritual dos pacientes com HIV, assistidos no ambulatório do hospital referência Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, situado no histórico bairro de Jaguaribe, na cidade de João Pessoa, estado da Paraíba, a partir da replicação do questionário de necessidades espirituais, *The Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) de Büssing *et al.* (2018). É interessante ressaltar que o SpNQ é uma medida estabelecida com quatro dimensões ou fatores centrais a saber: Necessidades Religiosas; Necessidades de Paz Interior; Necessidades Existenciais e Doação Ativa. Isto dentro de um contexto para além do religioso, o que se permite aplicar com ateus e agnósticos. E nossa retórica adota por eixo norteador o discurso das ciências das religiões e a compreensão fenomenológica da Teoria Geral do Imaginário (TGI).

1.1 A AIDS e o seu aparecimento – um histórico.

A AIDS é uma síndrome clínica que tem como agente etiológico o HIV, este é um retrovírus que provoca no organismo uma disfunção da imunidade celular crônica e progressiva devido ao decaimento dos níveis de linfócitos T CD4+ (células que agem ativando e estimulando outras células a se multiplicarem e atacarem os antígenos, coordenando a resposta imunológica do organismo), que acarreta nos indivíduos uma susceptibilidade às infecções oportunistas, neoplasias e patologias neurológicas associadas, ou

seja, quanto mais baixo for os índice de linfócitos T CD4+, maior será o risco do indivíduo desenvolver a AIDS (BRITO, 2016; SOARES, 2003).

A título de elucidação abreviada a respeito da imunidade celular e humoral, o organismo humano possui duas formas de lidar com as infecções. Quanto as respostas imunitárias humorais, estas se baseiam nos anticorpos (proteínas que distinguem um antígeno de forma específica e com alta afinidade). O HIV é geralmente diagnosticado via testes que se destinam a examinar os anticorpos que se produzem como resposta a invasão do HIV no organismo. E se faz necessário cerca de duas a três semanas para que se desenvolvam anticorpos, podendo também contemporizar alguns meses. A respeito da imunidade celular, esta tem por base a reação dos linfócitos T CD4+ e CD8+. Aquelas são chamadas de auxiliares, porque assessoram a resposta imunológica remetendo sinais às células CD8+, cuja ação é o de destruição dos microrganismos estranhos que invadem o organismo humano ou as células já infectadas por agentes diversos (vírus, protozoários e alguns fungos). Assim assumindo uma importância fundamental no controle de infecções. Não podemos esquecer que pode haver sobreposições entre tais processos e funções.

No caso do HIV, mesmo ocorrendo a resposta imune celular e, haver a redução da proliferação viral, o referido vírus não é totalmente eliminado devido a sua capacidade de mutação. Por fim, os macrófagos são células de grandes dimensões do tecido conjuntivo, ricos em lisossomas (estruturas membranosas que contêm enzimas capazes de digerir substâncias orgânicas, e mandam sinais a outras células do sistema imunitário (BRASIL, 2018; PONTES, 2012; BALESTIERI, 2005).

Num artigo da Psicologia Revista, pertencente à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, de autoria de Pontes *et al.* (2015), com o título: *Noopsicossomática em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Evidências de um Modelo Explicativo*, fruto da dissertação produzida no PPGCR da UFPB, por Pontes (2012) e, por nós, anteriormente citada, observou-se que dimensão psicológica representada pela atitude religiosa e a realização de sentido, influencia a dimensão psíquica, ou seja, os afetos positivos e a percepção do passado, além de, conseqüentemente, repercutir na dimensão somática, isto é, nos números de células CD4+/CD8+ (PONTES, 2012).

A AIDS teve o início de sua expansão nos Estados Unidos da América (EUA), mais especificamente no ano de 1982. A imprensa norte-americana, as revistas médicas internacionais e, ainda com timidez, a imprensa brasileira, começaram a divulgar o mal que acometia jovens homossexuais do sexo masculino. Neste período alguns médicos brasileiros já demonstravam, no período, interesse pelo assunto e buscavam em seus consultórios

particulares e nos estabelecimentos assistenciais de saúde, aqueles que mais tarde seriam notificados como portadores. Entretanto, somente um ano mais tarde é que estes profissionais começaram a reconhecer que seus pacientes estavam efetivamente acometidos pela então nova patologia (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Cinco de junho de 1981 foi a data da publicação da primeira comunicação de cunho oficial que expôs a ocorrência de casos de AIDS em homens homossexuais, mais precisamente no boletim *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), pertencente aos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos EUA, sediado no Condado de DeKalb, Geórgia, Estados Unidos, contíguo ao *campus* da *Emory University* e a leste da cidade de Atlanta. A homossexualidade de todos os enfermos foi destacada, mas nenhuma explicação causal foi identificada. Em 10 de dezembro do mesmo ano, o *New England Journal of Medicine* trouxe uma série de artigos sobre a síndrome e, um deles registrou casos em dois homens exclusivamente heterossexuais (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015; CDC, 2018). Assim, Michael Gottlieb (imunologista norte-americano) e seus cooperadores, em seu comunicado, no mês de junho de 1981, pressagiaram o que viria a ser a *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) e neste, afirmou que as observações todas indiciavam a possibilidade de uma disfunção da imunidade celular associada a uma exposição, a um fator comum que deixa os indivíduos predispostos a infecções oportunistas a exemplo da pneumocistose e a candidíase (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

No ano seguinte, o CDC registra o primeiro caso em um portador de hemofilia (doença hemorrágica hereditária). Um hospital da Flórida realiza a notificação de 20 pacientes portadores da síndrome, destes 17 eram homens e três mulheres, todos provenientes do Haiti e, que negaram ter qualquer relação homossexual ou serem usuários de drogas injetáveis, descobriu-se que a epidemia em haitianos estava relacionada à prostituição masculina. A Europa forneceu informações de casos de heterossexuais portadores da síndrome de origem haitiana e africana, entretanto nos EUA a doença ficou restrita aquilo que os epidemiologistas classificaram com a “doença dos 4 H”, isto é a doença dos homossexuais, haitianos, heroinômanos e hemofílicos, o que viriam a ser os “grupos de riscos” (CAMARGO JÚNIOR, 1994; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). Essas características dos primeiros enfermos, segundo Herbert Daniel e Richard Parker (1991, p. 17) “[...] foram durante os primeiros anos da epidemia, talvez, acima de tudo, as características que dominaram a atenção pública”. Acerca do que é apontado como certo, pode ser dito que:

No Brasil, como nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, a vasta maioria dos primeiros doentes de Aids foram identificados como homossexuais masculinos, muitos dos quais viveram muito tempo fora do Brasil ou viajando para fora do país, e por causa disso supunha-se que teriam contraído o vírus em outros países. Em consequência disso, portanto, eram considerados, em geral, indivíduos relativamente ricos que dividiam o seu tempo entre Rio de Janeiro e São Paulo e grandes cidades estrangeiras como Nova York ou Paris. Talvez ainda seja mais importante o fato de terem sido caracterizados, quase uniformemente, em termos de conduta sexual promíscua – uma espécie de perigosa imoralidade que rapidamente se tornou central na concepção popular da Aids (DANIEL; PARKER, 1991, p.17).

Entretanto, com os olhos voltados à gênese da AIDS e às reflexões direcionados aos grupos de riscos (população sujeita a determinados fatores ou com determinadas características, que a tornam mais propensa a ter ou adquirir determinada doença.), a AIDS se espalhava soturna por todos os grupos sociais e populações, principalmente entre os heterossexuais, fazendo vítimas, muitos filhos de mães portadoras desta infecção, transmissão vertical (da mãe para o seu filho) sendo essa a principal via de infecção pelo HIV na população infantil (DURO, 2016).

Com nomenclatura variada, os termos: *gay pneumonie*, *gay câncer*, GRID (Gay-Related Immune Deficiency) ou *gay compromise syndrome*, foram expressões utilizadas para se referir aos casos, até que no decorrer de 1982 o termo neutro AIDS foi oficialmente adotado, bem como a definição dos critérios clínicos necessários para a caracterização da doença, estes compreendiam a presença de enfermidade indicativa, ou moderadamente indicativa, de depleção da imunidade mediada por células em pessoas que não tivessem algo subjacente ou condição que propiciasse a instalação da doença, como por exemplo o Sarcoma de Kaposi, a pneumonia por *Pneumocistiscarinni* ou outra importante infecção oportunista (DOWDLE, 1983; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

O que seria o real motivo causador da AIDS, um retrovírus T-linfotrófico, foi isolado em janeiro de 1983, por Françoise Barré-Sinoussi da equipe de investigadores de Luc Montagnier, do instituto Pasteur de Paris, França e, tendo a confirmação da responsabilidade biológica do vírus em abril de 1984 pelo grupo de Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer, nos EUA, o que ocasionou uma grande intriga política entre os seus investigadores (DURO, 2016). Entre franceses e americanos a interrogação passa a figurar na paternidade da descoberta do vírus da AIDS, em 1986, a denominação HTLV (*Human T-Cell Lymphoma Virus*) foi recusada pela comissão de virulistas e estes também privaram a França de fazerem uso da sigla LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*). Apesar da controvérsia, a celeuma jurídica foi encerrada, os nomes de Luc Montagnier e Robert Gallo foram relacionados à

descoberta do vírus e do teste sorológico passa a ser reconhecido como uma invenção comum, aquinhoando os direitos de liberdade intelectual entre as duas partes (DURO, 2016; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

É mister ressaltar a importância que os testes sorológicos assumiram no controle da referida epidemia e, também para a estratégia de diagnóstico da infecção pelo HIV que vem sendo adotada até os dias atuais. Da mesma forma, se faz necessário dar destaque ao entendimento distinto para as infecções causadas por HIV e a AIDS, esta é a condição que pode ocorrer como consequência daquele que pode produzir uma destruição da arquitetura funcional dos gânglios linfáticos, correspondendo a uma grande depleção dos linfócitos T CD4+ e a um incremento na atividade replicativa do vírus. Assim a AIDS se caracteriza pela aparição de infecções, tumores oportunistas, cânceres e determinadas desordens neurológicas, referentes a deficiência de imunidade celular, sem outras origens que não a infecção pelo HIV (DURO, 2016, SOARES, 2003).

1.2 AIDS - seu ensaio e sua história no Brasil

Como já dito, alguns profissionais médicos do Brasil acompanhavam as informações que eram publicitadas sobre a nova doença e, a sociedade brasileira frente ao HIV e a AIDS começa também a se mobilizar. O primeiro programa governamental sobre a AIDS, aconteceu em nível de Estado e foi implantado em São Paulo, no ano de 1984. Do ponto de vista político, era um período assinalado pela transição, a redemocratização do país após a ditadura militar que teve início em 1964 (BRASIL, 2015; BARROS; SILVA, 2016).

O primeiro caso de AIDS no Brasil chegou ao consultório da dermatologista Valéria Petri, em setembro de 1982, um jovem apresentando uma lesão no pé direito, homossexual e que havia viajado aos EUA. Ao realizar uma biopsia foi diagnosticado Sarcoma de Kaposi, este se refere a um tipo de câncer que acomete tecidos dos vasos sanguíneos e linfáticos, que passou a ser observado na prática médica com alguma constância após o surgimento da pandemia da AIDS. O interessante é lembrar que nesse período tal mal ainda não tinha nome confirmado e muito menos terapêutica medicamentosa. A partir de 1983 vários médicos brasileiros começaram a prestar assistência à saúde de pacientes que mais tarde estariam relacionados aos casos de AIDS. Inicialmente em São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Pernambuco, a AIDS agora é uma realidade do Brasil (BRASIL, 2015; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

A morte do renomado estilista brasileiro, natural de Uberaba interior do estado de Minas Gerais, Marcus Vinícius Resende Gonçalves, o Markito, em 4 de junho de 1983, na cidade de Nova York onde fazia tratamento, fez com que a AIDS fosse vastamente exposta. A partir deste evento os profissionais médicos brasileiros começaram a divulgar os casos que acompanhavam, a doença que atraía olhares para os EUA adentra no meio homossexual brasileiro e nos meios de comunicação trazendo a reboque o preconceito (FRANÇA, 2008). A sociedade brasileira também se pôs à frente do HIV e da AIDS se mobilizando em meados da década de 1980. A imprensa brasileira trazia a público as notícias da doença recém descoberta. Segundo Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015, p. 37): “[...] muito cedo se falou da importância da imprensa na formação da representação social da AIDS no Brasil, antes mesmo de se tornar uma epidemia”.

Assim, a maior parte das primeiras matérias noticiadas pela imprensa do Brasil, tinha por fonte primordial o que divulgado pelas agências norte-americanas de notícias. Em cinco de julho de 1981, o *Jornal do Brasil* realiza a publicação de uma matéria traduzida do *New York Times* de Lawrence Altman, de 3 de julho de 1981, cujo título era: *Câncer raro ataca homossexuais*. Posteriormente, o mesmo jornal chama a atenção com uma outra matéria: *Doença nova atinge homossexuais nos Estados Unidos*. A *Revista Veja*, em 1982, traz uma matéria com a manchete: *Mal particular*, de um médico professor da Universidade Federal da Bahia, Elsimar Coutinho, que vai se revelar totalmente falso, naquilo que postulava – atribuía a imunodeficiência em homossexuais ao consumo de hormônio feminino. Ainda em dezembro de 1982, *O Estado de São Paulo* publica uma matéria com o título *Doença atinge crianças* (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015; DARDE, 2004). Inúmeras outras publicações vieram a seguir na imprensa nacional, sobretudo na conhecida imprensa sensacionalista que se foca nas vendas, ainda que as notícias não sejam verdadeiras e, a reboque veio o preconceito e a intolerância que serviram de mote para os discursos reacionários que apregoavam falas segregacionistas.

Nessa realidade se construiu a figura do “aidético”, categoria única, indivisível e, sobretudo, à parte da sociedade. É um ser alheio ao social, um inimigo sentenciado à morte física, tido como sendo um sem utilidade para o desenvolvimento social. A este lhe foi retirado o direito de ser cidadão. Como exemplo, pode ser citado o caso da revista *Isto É*, que trouxe como capa a fotografia de um paciente portador da AIDS, com um fundo em total cor de rosa emoldurando o enfermo. Este desconcertante absurdo editorial levou ao pedido de demissão da autora da matéria, a jornalista Letânia Menezes, que se indignou com o

tratamento que foi dado, pelo editor da revista, ao seu trabalho (DARDE, 2004; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Nesse propósito que segregou os portadores do HIV⁺, podemos incluir um discurso nos modelos do início do século XX, no melhor entendimento da associação eugenia e higiene, compreendida pelo jurista espanhol, exilado na Argentina, o professor de Direito Penal, Luiz Jiménez de Asúa (1889-1970), cuja tese apontava para o fato de que a eugenia deveria obedecer alguns critérios, dentre eles a profilaxia, que seria, segundo o autor, obtida através de ações que buscavam o combate às doenças venéreas, além da caracterização do delito de contágio venéreo, incluindo a prostituição como um caso meio propagador de infecções (MONTERO; CAÑIZARES, 2018). A tese de Asúa explicitava que a eugenia praticada pelo nazismo e fascismo instalados na Alemanha, Itália e Espanha era racista e baseava-se na tese do Conde de Gobineau (1816-1882) intitulada: *Ensaio sobre a desigualdade das raças humanas* (1854). Assim, bem antes do termo eugenia ser conhecido, a superioridade da raça ariana será levada a termo, de maneira extrema, pelos teóricos do nazismo nos anos de 1920 a 1937. Acerca do termo eugenia, o inglês Francis Galton (1826-1911), cuja tese *Hereditary Genius* (1869) vai inaugurar essa nomenclatura, baseando-se nos estudos Darwinianos da seleção natural das espécies trocando-a por uma seleção artificial. Ainda sobre a eugenia racista, pode ser assinalado:

[...] Gauch, afirmava que havia menos diferenças anatômicas e histológicas entre o homem e os animais, do que as verificadas entre um nórdico (ariano) e as demais "raças". Isto acabou sendo objeto de legislação em 1935, através das "Leis de Nuremberg", que proibiam o casamento e o contato sexual de alemães com judeus, o casamento de pessoas com transtornos mentais, doenças contagiosas ou hereditárias. Para casar era preciso obter um certificado de saúde. Em 1933 já haviam sido publicadas as leis que propunham a esterilização de pessoas com problemas hereditários e a castração dos delinquentes sexuais (GOLDIN, 1998, p. 97).

Perpassando o pensamento da eugenia nazi/fascista analisada por Asúa, Goldin (1998) vai apontar que o destaque maior para o catedrático de Direito é como caduceador da eutanásia, sobretudo, com a obra *Libertad de amar y derecho a morir: ensayos de un criminalista sobre eugenesia y eutanásia*, publicado em Buenos Aires: nos anos iniciais da década de 40, do século XX, quando recomendava o controle da natalidade através do reconhecimento médico anterior ao matrimônio, além de um controle da natalidade, aborto e eutanásia. No caso em particular, naquilo que se remete aos portadores de HIV⁺, a eugenia obedece a uma nova dinâmica, compreendida como eugenia liberal, bem definida no

pensamento de Habermas, na obra *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Editada no Brasil como *O Futuro da Natureza Humana. A caminho de uma eugenia liberal?* (2010), quando o autor contesta o controle genético, apelando para a dignidade humana. Afirmando que:

Por essa razão adoto a perspectiva de um presente vindouro, a partir do qual um dia possivelmente lançaremos um olhar retrospectivo às práticas, hoje contestadas, considerando-as como precursoras de uma eugenia liberal regulada pela oferta e procura. [...] porque é o exemplo de um perigo vinculado à metáfora da criação de humanos (HABERMAS, 2010, p. 93).

Afinal a quem esse controle genético concede privilégios? Essa é a questão que suscita a preocupação do estudioso alemão, sinalizando que devemos temer o descontrole das ações catapultadas entre as gerações manipuladas, evitando que essas não transpassem de maneira vertical as redes de interação estabelecida, sobretudo no contexto da bioética, porque dificilmente haveria como responsabilizar quem quer que fosse por isso. Ou seja, quem será o geneticamente escolhido? Os estudos de Habermas se prestam com vigor a muitas áreas, incluindo a Bioética, Ciências da Religião e sobretudo, Direito, no entanto, o viés desse estudo assinalou a sua obra apenas para corroborar com a discussão que o discurso preconceituoso eugênico-higienista do início da descoberta da AIDS é uma resposta do Estado Neoliberal que seleciona os seus eleitos, portanto carece de um olhar mais atento.

Isto posto para destacar que o projeto eugênico, inicialmente dividia as pessoas distinguindo-as através de raça, capacidades físicas, traços estéticos e formação intelectual, dentre outros aspectos sensíveis e relevantes para uma suposta perfeição étnica. No entanto, hoje a eugenia é uma proposta de prática liberal que segrega grupos segundo o seu entendimento de filosofia utilitarista, amparada nos princípios da qualidade de vida que objetiva menos dor, menos doenças, menos males do corpo (e da alma), o que significaria extirpar quaisquer degenerescências, segundo às acepções eugênicas –como a doença de gays ou ainda, como já apontado: *gay pneumonie*, *gay câncer*, GRID (Gay-Related Immune Deficiency) ou *gay compromise syndrome*.

Essa condição estigmatizada era confirmada por profissionais médicos que improvisaram discursos impregnados de moralismo, preconceito e de pouco respaldo científico, pautados pela imprensa leiga. Entretanto, informações científicas éticas, sérias e não apavorantes foram aos poucos divulgadas por jornalistas que iniciaram a abertura de espaço aos profissionais da saúde engajados na luta contra a AIDS (FREITAS, 2017). Dito isto, ilustra-se: “Nós, a sociedade, precisamos de vocês, precisamos que vocês se organizem,

para que a gente possa enfrentar essa coisa que nós não sabemos direito o que” (BRASIL, 2015, p. 44). Esta foi a fala do médico patologista Humberto Torloni, ao escritor e ativista LGBT brasileiro João Silvério Trevisan, relatando a sua experiência nos EUA sobre o tratamento de Sarcoma de Kaposi (FREITAS, 2017).

Entretanto, a parcela mais atingida começa a tomar parte da discussão. Em 1983, ano da morte do Markito, como referendado acima, a revista *Manchete* - uma revista brasileira de publicação semanal de 1952 a 2000 da Bloch Editores e, foi considerada a revista de circulação nacional mais vendida do país, realizou a sua primeira publicação sobre a AIDS, em três páginas, esmiuçando os depoimentos sobre a nova doença, dados por cientistas e lideranças homossexuais no 2º Congresso Brasileiro de Infectologia, ocorrido em São Paulo. Darcy Penteado, artista plástico e pioneiro militante dos movimentos LGBT brasileiro, Clóvis Bornay, ator e carnavalesco brasileiro, idealizador do baile de gala do Theatro Municipal do Rio de Janeiro no ano de 1937 e Aguinaldo Silva, escritor, deram o pontapé inicial para a desconstrução da ideia de uma doença homossexual, denunciando o novo estigma do qual estavam sendo vítimas. Roberta Close, uma travesti de renome e de expressão nacional por sua beleza e feminilidade, é aludida na matéria por anunciar sua recusa em falar de AIDS (DARDE, 2004; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

O Lampião da Esquina, periódico que iniciou sua publicação em 1979, trouxe várias discussões sobre sexualidade e tantos outros temas polêmicos, servindo de instrumento para as reflexões sobre os direitos dos homossexuais e de outras minorias oprimidas, devido a sua divulgação em boa parte dos estados da federação motivou o surgimento de grupos homossexuais, entretanto a desestabilização e alguns conflitos internos fazia com que os grupos rompessem internamente e se desarticulassem. No aparecimento da AIDS o movimento homossexual andava em desordem e já não se tinha mais *O Lampião da Esquina*, que encerra sua tiragem em 1981 (FREITAS, 2017). Praticamente um “deixe de transar” (FREITAS, 2017, p. 200) foi a recomendação moralista que emoldurou a nova doença e a promiscuidade homossexual, numa palestra organizada pelo médico Ricardo Veronesi. O discurso que acusava os homossexuais de comportamentos levianos e que facilitava a disseminação da epidemia, o que deixou os participantes perturbados e descontentes com a figura do médico e do conteúdo da discussão.

Participaram desta reunião, a convite do próprio Ricardo, ativistas como João Silvério Trevisan, Edward MacRae, Néstor Perlongher, o psiquiatra Theodoro Pluciennik, Jean-Claude Bernardet e proprietários de sauna gay participaram de reunião composta por profissionais de diferentes áreas (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015; FREITAS, 2017). Quanto

às saunas gay é mister rememorar que em San Francisco, cidade que tomou fama pela liberdade sexual, estes estabelecimentos foram um dos maiores focos de propagação da epidemia da AIDS nos EUA. Infelizmente, no evento de Veronese se observou a exposição dos preconceitos e ignorância dos profissionais da saúde frente aos homossexuais. Destarte o acinte, tal evento serviu como um marco na tomada de posição dos intelectuais homossexuais na luta contra a AIDS; a participação social foi fundamental.

1.3 A AIDS como pauta de ação governamental no Brasil

O problema da epidemia da AIDS passou a ser encarado com acuidade. Proposituras começaram a surgir e, parece que os intelectuais foram mais sensíveis que os profissionais médicos. Aqueles compreenderam que precisavam estar ao lado destes e que deveriam participar das discussões a respeito da AIDS. “[...] Sem a iniciativa dos ativistas, as respostas da saúde pública brasileira para o controle da epidemia provavelmente não teriam sido tão precoces” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 51). Esses eram profissionais bem-sucedidos e singularmente souberam coagir o poder instituído a atuar no enfrentamento da nova doença, assim como também sabiam agir com seus prestígios a favor da comunidade. Nessa caminhada, Edward MacRae, antropólogo brasileiro; Jean Claude Bernadet, cineasta belga naturalizado brasileiro; João Silvério Trevisan, escritor, jornalista e ativista, que foram membros do Grupo Somos (grupo que seguia uma estratégia política de fortalecimento da identidade homossexual) e do *O Lampião da Esquina*, juntamente com a médica Valéria Petri acompanharam Darcy Penteado na solicitação do pronunciamento da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo a respeito da AIDS e como seria o atendimento dos futuros diagnósticos (BARROS; SILVA, 2016).

Foi criado na Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, no início do ano de 1983, o primeiro programa governamental sobre AIDS na Divisão de Dermatologia Sanitária e Hansenologia do Instituto de Saúde, um serviço para atender os casos de AIDS, sob a coordenação do médico Paulo Roberto Teixeira, também um ex-integrante do Grupo Somos (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015; BARROS; SILVA, 2016). O programa ainda estava por engatinhar e a coordenação ainda incipiente tinha de enfrentar dois grandes desafios, o primeiro seria o de evitar algum discurso moralizador, qualquer que fosse, contra o portador da AIDS ou contra os homossexuais, quanto ao segundo desafio, este seria o

de convencer os sanitaristas sobre os fundamentos do programa (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Ainda em 1983, foi criado um serviço de linha telefônica, *Disk-AIDS*, como um dos suportes para o enfrentamento da epidemia da AIDS. A revista *Veja*, em 14 de setembro do mesmo ano, com um tom carregado de ironia, afirma que este serviço cairia muito bem para Nova York, uma vez que no Brasil o problema estaria relacionado à pobreza e, ainda, assemelhava o serviço a uma unidade de transplante cardíaco no estado de Pernambuco. Ironia, crítica e ridicularização vão pairar sobre o serviço, sendo cessada com a detecção do aumento do número de casos de AIDS e pela elevada demanda da população interessada em informação (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). O referido programa se configurou como as primeiras medidas oficiais e se comportou como um ambiente de organização da luta contra a AIDS, bem como um espaço para pesquisa e intervenção congregando o envolvimento de instituições federais de ensino e pesquisa, por iniciativa de docentes e pesquisadores, agregando agentes do movimento homossexual, do campo da saúde e burocratas estatais (BARROS; SILVA, 2016).

No contexto de aumento do número de casos de AIDS, o apoio de ativistas e militantes, a atenção dada pela médica Valéria Petri, as condições políticas no momento histórico, juntamente com o pavor suscitado pela epidemia e o grupo social atingido, sendo interessante mencionar que este era organizado, de classe social elevada, composto por intelectuais e detentor de um importante capital social, tudo isto acaba por contribuir para a concretização do Programa de AIDS na SES-SP (BARROS; SILVA, 2016). Luc Montagnier, um dos percussores como mencionado no início de nosso texto, foi convidado a visitar o ambulatório do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo, isto em janeiro de 1985. Nesse período o teste sorológico anti-HIV não havia sido aprovado comercialmente, entretanto, desde 1984, já era produzido por laboratórios de pesquisa nos EUA e na Europa. Esta visita possibilitou o intercâmbio com o Instituto Pasteur de Paris e a vinda, também ao instituto de saúde, de George Rutherford, diretor do programa de AIDS da cidade de São Francisco, EUA, este o mais avançado serviço dos Estados Unidos (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

A certeza de que os soros positivos mesmo sem apresentar sintomas, também poderiam transmitir a doença só vai ocorrer no ano de 1984. Em 1985 passou a ser comercializada a sorologia anti-HIV, que se configurou como um enorme avanço para a qualidade do sangue. Lembremos que os pacientes hemofílicos eram considerados grupos de risco e que nas amostras de soros destes que foram enviadas para análise no Instituto Pasteur, com o

intercâmbio, todos os hemofílicos estavam infectados. Assim se concluiu estavam contaminados os produtos dos serviços de hemoterapia de São Paulo. Em julho de 1985, o Instituto de Saúde recebe amostras do teste de um laboratório norte-americano. Posteriormente, mais precisamente dois anos depois, o Estado de São Paulo obriga a realização dos testes sorológicos para o HIV nos bancos de sangue do Estado. E neste mesmo ano, o Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo é transferido para o Hospital Emilio Ribas (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). O vislumbrar e vivenciar mudanças nas estratégias de enfrentamento e controle da AIDS em São Paulo e no Brasil foi uma realidade a partir do ano de 1987, marcando o início do novo momento de políticas públicas frente à epidemia. O modo como foi organizado o programa paulista sobre a AIDS passou a se constituir como uma referência e a entusiasmar a atuação de outros estados da federação.

O Rio Grande do Sul teve sua estruturação a partir de dezembro de 1983, devido à notificação de dois casos. E como em São Paulo, as primeiras ações foram atribuídas ao Serviço de Dermatologia Sanitária. O Rio de Janeiro tem suas ações iniciadas em 1984 com a atuação de um grupo de médicos, seguido do engajamento de representantes da sociedade civil vindo a se institucionalizar apenas no ano de 1989 (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009). Nos estados do Nordeste a AIDS começou a ser identificada em meados da década de 1980 nas capitais do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Bahia. Mas os programas de controle da AIDS no Nordeste só começam a tomar corpo a partir de 1987, com a ação do Programa Nacional de AIDS e, assim como no Estado de São Paulo estava inserido na área de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

As primeiras ações do governo federal datam de 1985, com o *Programa de Controle de SIDA ou AIDS*, o texto legal contido na Portaria do Ministério da Saúde nº 236, de 2 de maio de 1985, expunha como cenário o aumento de casos, recursos terapêuticos escassos, internação prolongada e alta mortalidade. Com o passar de um ano, há a transformação de programa de controle para Programa Nacional de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e AIDS (BRASIL, 2015). Há a implantação da política nacional e foram condições para a inclusão da AIDS na agenda política: o processo de transição democrática; a vinda de sanitaristas à cargos de chefias no Ministério da Saúde; a rápida evolução da epidemia; a existência de grupos de pesquisa em doenças infecciosas e parasitárias, congregando patologistas que se tornaram imunologistas; os avanços no campo das ciências médicas sobre a AIDS e o estágio de desenvolvimento da pesquisa clínica e laboratorial; a organização, por alguns estados, de programas de AIDS; e a pressão exercida por movimentos sociais e imprensa (BARROS; SILVA, 2016).

O Programa Nacional de AIDS atuou no fortalecimento das equipes locais investindo recursos técnicos e financeiros. A partir de então, implantou-se uma verdadeira rede de comunicação entre profissionais e instituições, proporcionando um revide de nacionalização da resposta à epidemia e a estruturação e adoção de diretrizes que fundamentaram as primeiras ações de enfrentamento da epidemia em todo o país (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009). Nesse seguimento, o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS (1º de dezembro), foi criado no ano de 1987 e o intuito desta data foi o de atrair os olhares para a doença e suas medidas de prevenção. O lastro desta ação estava na solidariedade, na compaixão e na compreensão de todos para com as pessoas infectadas. Neste mesmo ano, o Zidovudina ou azidotimidina (AZT), um fármaco utilizado como antiviral, inibidor da transcriptase reversa/inversa, indicado para o tratamento da AIDS, foi uma das primeiras drogas aprovadas e atualmente é usado no tratamento de infecções por HIV, em associação com outros medicamentos, até então era utilizado para o tratamento de câncer, é descoberto como um medicamento que também reduzia a multiplicação do HIV no organismo (BRASIL, 2015).

Como já mencionamos, a epidemia da AIDS desembarca no país no início dos anos de 1980, enquanto o país vivenciava um processo de redemocratização pós ditadura militar e, a queda deste regime era iminente. Em 1988 a atuação social na construção daquilo que seria as bases para a criação do Sistema Único de Saúde era latente, o que vai servir de corpo para um dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988, o da saúde (BARROS; SILVA, 2016). Portanto, “[...] com o nascer do sistema, impulsionado pelos movimentos sociais de luta contra a AIDS, o país inicia a política de fornecimento de medicamento, tratando as infecções oportunistas das pessoas com AIDS” (BRASIL, 2015, p. 10). A forma como se organizou o programa nacional ganhou força quando em 1994 o Banco Mundial, instituição financeira internacional que efetua empréstimos a países em desenvolvimento, começou a conceder empréstimos que permitiu o financiamento das ações de controle e prevenção de DST e AIDS no Brasil. A partir do acordo firmado com a referida instituição financeira e o aumento das ações de controle, é inaugurado um novo momento de resposta à AIDS pelo Brasil (BARROS; SILVA, 2016; BRASIL, 2015).

Concomitantemente se descobre que o AZT também impedia a transmissão vertical do HIV. Em 1995 é anunciado o coquetel antirretroviral, que vai mudar drasticamente o panorama do tratamento da AIDS, deixando de ser um mal fatal para se transformar numa doença crônica passível de controle. A mobilização social é tamanha que o Congresso Nacional chega a aprovar a lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996 que vai dispor sobre a

distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009; BRASIL, 2015, p. 10).

É sabido que após a implantação de um programa de acesso universal à Terapia Antirretroviral (TARV) o Brasil se tornou numa peça fundamental em âmbito internacional, postulando em defesa das posições de resposta nacional nas áreas de prevenção, assistência e defesa dos direitos humanos. O prêmio de U\$ 1.000.000 foi dado, em 2003, pela fundação Bill & Melina Gates pelo trabalho do país. Após esta universalização, em 1999, a mortalidade ocasionada pela AIDS decaiu em 50% e a qualidade de vida dos portadores do HIV/AIDS apresentaram melhoras significativas. Da mesma forma, também se reduziu em mais de 50% os casos de transmissão vertical, impactando positivamente a sobrevivência das pessoas portadoras de AIDS no Brasil (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009; BRASIL, 2015). O combate com a prevenção, continuam nas ações de governo, nas quais dentre outras medidas, preservativos são distribuídos e as hepatites (doenças caracterizadas por uma inflamação das células do fígado) passam a ser abarcadas pelo novo órgão.

Em 2010, o uso da terapia antirretroviral passa a ser recomendada aos portadores com contagem de CD4 igual ou inferior a 500 células/mm³, abreviando sua utilização. Já em 2013, a universalização do tratamento é estendida para toda pessoa com HIV, independente da contagem de CD4 (BRASIL, 2015; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). Assim, entre os anos de 2014 e 2015, ocorre a implementação das doses combinadas de antirretrovirais (Lamivudina, Tenofovir e Efavirenz) em um único comprimido, tratamento de maior parte dos portadores de HIV do Brasil. O protocolo brasileiro para o tratamento do HIV/AIDS serviu para as orientações do protocolo da OMS, que decide tratar todos os pacientes com HIV, independentemente de como esteja a resposta imunológica do indivíduo (BRASIL, 2015).

No ano de 2015, duas estratégias adicionais de prevenção foram revistas, a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP), que teve seu protocolo ampliado em todo o país e a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), que suscitou discussões fomentadas a sua implementação. A título de informação a PEP é o uso de medicamentos antirretrovirais, por pessoas, após terem tido um possível contato com o vírus HIV em situações como: violência sexual; relação sexual desprotegida, sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha; acidente ocupacional com instrumentos perfurocortantes ou em contato direto com material biológico. Já a PrEP é o uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao vírus do HIV, reduzindo a probabilidade da pessoa se infectar com vírus, devendo ser utilizada quando se pode ter alto risco para adquirir o HIV. Não é para todos e não é uma profilaxia de emergência, como é a

PEP. O público prioritário para a PrEP são as populações que concentram um maior número de casos de HIV no país: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas transexuais; trabalhadores/as do sexo e parcerias sorodiferentes (DOMINGUEZ, 2016; BRASIL, 2015).

A PrEP vem sendo ofertada pelo SUS, desde dezembro de 2017, portanto, é importante destacar que essa medida profilática trouxe uma eficácia considerável nos ensaios clínicos desenvolvidos, apresentando uma redução no risco de infecção que varia de 92% a 100% (QUEIROZ, SOUSA, 2017). Nesse entendimento, desafios foram transpostos e melhorias alcançadas, tanto na esfera governamental quanto na não governamental, entretanto, ainda falta muito a ser atingido no enfrentamento da AIDS: Existe nesta realidade um árduo peregrinar, cujos caminhos convergem para um lugar comum - a cura. Muitos se dedicaram e consagraram até a morte sendo contabilizados numa ‘trincheira epidemiológica’.

1.3.1 A trincheira epidemiológica da AIDS

Como vimos, as ações desde o enfrentamento à progressão da epidemia, foram erigidas com a participação de frações organizadas da sociedade e das esferas públicas federais e estaduais, bem como com a participação crescente dos municípios. Obrigados a desertar forçadamente em meio ao enfrentamento mundial - Henrique de Souza Filho, mais conhecido como Henfil, Lauro Del Corona, Agenor de Miranda Araújo Neto, mais conhecido como Cazuzu, Sandra Bréa Brito, Herbert José de Sousa, conhecido como Betinho, Thales Pan Chacon, Adilson Barros, Wagner José Laurino e, tantos outros brasileiros conhecidos, somaram-se aos desconhecidos que também morreram pelas complicações do vírus da AIDS.

A TARV, após sua introdução no tratamento para o HIV, atrelada às ações de prevenção e controle da infecção pelo HIV, além de outras doenças sexualmente transmissíveis, apresentaram resultados em alterações no padrão da epidemia de Aids. Acerca desse entendimento, vale evidenciar que a revista *The Lancet*, publicada pela Elsevier no Reino Unido pelo *Lancet Publishing Group*, é uma das mais antigas e conhecidas revistas médicas do mundo, possui uma tiragem semanal, sendo descrita como uma das mais prestigiadas, apontou em edição de 2014, que a distribuição universal de antirretrovirais foi fundamental para o declínio dos casos de morte por AIDS no país, de um total de 17 mil casos no ano de 1996 para 10 mil em 2013, calculando uma média de 2,3% ano; já a queda mundial chegou a 1,5% (BRASIL, 2015).

A Vigilância Epidemiológica do Departamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), AIDS e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), objetiva a observação e análise contínua da situação epidemiológica das IST, do HIV/AIDS, das hepatites virais e coinfeções. Desse modo, se articula um conjunto de ações cujo fim é, a promoção, prevenção e recuperação da saúde, auxiliando com informações relevantes os processos de formulação, gestão e avaliação das políticas e ações públicas de importância estratégica. Grosso modo, informações para se poder agir concreta e eficazmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O DIAHV/SVS/MS publica anualmente um boletim epidemiológico HIV/ AIDS no qual são apresentadas informações e análises sobre os casos de HIV/AIDS no Brasil, regiões, estados e capitais, orientado pelos principais indicadores epidemiológicos e operacionais estabelecidos. A obtenção desses dados tem como fontes, as notificações compulsórias dos casos de HIV e de AIDS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), os óbitos notificados com causa básica por HIV/AIDS, segundo a *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (CID10), como Doença pelo vírus da imunodeficiência humana- B20 a B24, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), registros do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel) e registros do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). Entretanto variáveis como escolaridade, categoria de exposição e raça/cor são analisadas exclusivamente com dados oriundos do Sinan e apresentam um elevado percentual de registros ignorados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O último boletim epidemiológico HIV/ AIDS 2017 do DIAHV/SVS/MS publicação de caráter técnico-científico, de livre acesso e que é utilizado como um importante ferramental para a área da vigilância na promoção da propagação de informações e dados relevantes qualificados, com potencial para contribuir com a orientação de ações em Saúde Pública no país. Neste são publicadas descrições de monitoramento do HIV/ AIDS no Brasil. Do ano de 2007 até junho de 2017, foram notificados 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 96.439 (49,7%) na região Sudeste, 40.275 (20,7%) na região Sul, 30.297 (15,6%) na região Nordeste, 14.275 (7,4%) na região Norte e 12.931 (6,7%) na região Centro-Oeste. No ano de 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV, sendo 3.912 (10,3%) casos na região Norte, 7.693 (20,3%) casos na região Nordeste, 15.759 (41,6%) na região sudeste, 7.688 (20,3%) na região Sul e 2.832 (7,5%) na região Centro-Oeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). O próprio documento ressalta que “[...] a notificação compulsória da

infecção pelo HIV é muito recente, o que impede uma análise epidemiológica rigorosa com relação às tendências da infecção no Brasil” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 5).

Sobre os casos de HIV em gestantes no Brasil, entre os anos de 2000 até junho de 2017, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 39,1% das gestantes residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,6%), Nordeste (16,8%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2016, foram identificadas 7.823 gestantes no Brasil, sendo 30,9% na região Sudeste, 29,2% no Sul, 21,9% no Nordeste, 12,1% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos. Desde 2000, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas com HIV (28,4%), [...] observa-se que a maioria das gestantes infectadas com HIV possui da 5ª à 8ª série incompleta, representando 37,7% dos casos notificados no período. Quanto à raça/cor da pele autodeclarada, há um predomínio da cor parda e negra, seguida da branca; em 2016, estas representaram 61,9% e 37,4% dos casos, respectivamente. As gestantes negras correspondem a 14,5% nesse mesmo ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Quanto aos casos de AIDS (situação clínica que traduz progressiva perda da função do sistema imune resultante da infecção pelo HIV) a análise epidemiológica expõe que de 1980 a junho de 2017, no país foram identificados 882.810 casos de AIDS. O Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos de AIDS nos últimos cinco anos. Uma distribuição proporcional dos casos de AIDS, identificados de 1980 até junho de 2017, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, o equivalente cada qual a 52,3% e 20,1% do total de casos; as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 15,4%, 6,1% e 6,0% do total dos casos, respectivamente. Nos últimos cinco anos (2012 a 2016), a região Norte apresentou uma média de 4,2 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,8 mil; o Sudeste, 16,3 mil; o Sul, 8,5 mil; e o Centro-Oeste, 2,8 mil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Quanto à questão da mortalidade por AIDS, desde o ano de 1980, quando deu início a epidemia de AIDS, até 31 de dezembro de 2016, aqui no Brasil foram notificados 316.088 óbitos tendo a HIV/AIDS como causa básica (CID10: B20 a B24). Estes óbitos, em maior parcela, ocorreram na região sudeste (59,6%), seguida das regiões Sul (17,6%), Nordeste (13,0%), Centro-Oeste (5,1%) e Norte (4,7%). A distribuição proporcional, do ano de 2016, dos 12.366 óbitos foi: 42,4% no Sudeste, 21,3% no Nordeste, 19,6% no Sul, 10,2% no Norte e 6,5% no Centro-Oeste. Com o início da política de tratamento para todos, no período compreendido entre 2014 para 2015, observou-se uma redução de 7,2% na taxa de

mortalidade padronizada, que passou de 5,7 para 5,3/100.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Convergindo nossos olhares diretamente para a Paraíba, tendo por base os dados descritos no boletim epidemiológico do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosas Dr. Clementino Fraga, referência estadual para doenças infecto contagiosas (CHCF, 2018), podemos acrescentar que no ano de 2017, o CHCF notificou 229 casos de HIV, havendo um decréscimo no número de notificações em relação ao ano de 2016, no qual foram apontados 440 novos casos, até então o maior número de notificações de HIV desde o ano de 2012 neste serviço. Os casos de AIDS notificados no CHCF no ano de 2017 totalizaram 385 casos de AIDS, ocorrendo uma diminuição em relação aos dois últimos anos, nos quais foram informados em 2015, 489 casos e, um ano depois, em 2016, um total de 479 casos de AIDS (CHCF, 2018). Fazendo uma trajetória histórica de 1980 até 2017 foram registrados um total de 8.102 casos de AIDS relatados na Paraíba (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Toda essa trajetória epidemiológica nos faz crer, mesmo com o conhecimento aprofundado, as ciências médicas tem buscado sobre, o problema do HIV/AIDS, as modificações consideráveis por qual vem passando o tratamento destas, que acabam por retardar os efeitos de progressão da infecção pelo HIV repercutindo na qualidade de vida e melhora da sobrevivência e dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) no combate ao HIV/AIDS, no caso específico do Brasil, precisamos ainda enxergar que o problema persiste, que casos novos em determinados locais estão aparecendo em números mais elevados que antes. Ainda que anteriormente, o HIV/AIDS carregou o estigma de ser uma doença restrita a um grupo de risco, em que pese essa busca por desmistificar tal entendimento, levou e ainda leva bastante esforço. Portanto, precisamos combater o preconceito, a segregação, o machismo “patológico” e até mesmo os discursos de grupo religiosos reacionários que se estruturam como contas de um rosário de danação ou uma profecia da morte.

Em meio a tantos brados de vitória no enfrentamento à doença, nos deparamos com um avanço do HIV/AIDS numa parcela da população com mais de 60 anos, a partir dos anos 2000 e que hoje ainda continua marcando presença, aparecendo nos dados epidemiológicos (BRASIL, 2015). Deparamo-nos hoje com uma sociedade onde muitos parecem não ter medo da AIDS. A virgindade, tão cobiçada e respeitada, transformou-se na prova de amor, onde um parceiro tem total confiança na história sexual de outrem e se permite o contato sexual sem uso do preservativo. Destaquemos os casais de anos de matrimônio que estão vivendo a dispensa do preservativo pela total confiança no outro, assim sendo, eis o momento de entrar em contato direto com geração que nasceu fruto dos jovens da década de 1980 que ainda

insiste em manter relações sexuais sem o uso de preservativos. É preciso que a linguagem atinja os mais novos grupos de gerações, como a Y e Z, esta última, muito mais próxima dos meios tecnológicos, para que exista a compreensão de que não apenas é possível conviver com o HIV, ou ter uma sobrevida com a AIDS, mas é necessário que se compreenda todo o contexto de dificuldades do que é viver com elas. Faz-se necessário construir uma compreensão social de que o respeito mútuo deve imperar nas relações (BRASIL, 2015).

A história do combate a AIDS foi marcada por lutas e parece ser preciso uma retomada na posição de batalha na tentativa de se preencher este hiato que ainda permite o registro novos de casos de HIV/AIDS e o seu aumento em determinados grupos e localidades. É notório que o tratamento do HIV/AIDS se contorna como um importante instrumental na resposta ao respectivo problema, além de prevenir a doença e a morte. Contribuindo para o tratamento é interessante que a assistência à saúde prestada aos portadores do HIV/ AIDS seja fundamentada numa abordagem baseada em direitos humanos e que suscite a reflexão os novos desafios a serem enfrentados por um portador, garantindo a estes qualidade de vida.

2 QUALIDADE DE VIDA: UM OLHAR PARA ESPIRITUALIDADE

Qualidade de vida foi um conceito utilizado para distinguir uma população com comportamentos de consumo de bens materiais. Com o passar do tempo, foi sendo modificado e abarcou o acesso à saúde, a educação, ao saneamento básico e até mesmo o crescimento industrial. Entretanto o termo passou um período sem envolver discussões, voltando em cena apenas no início da década de 60, quando Lyndon Johnson, político norte-americano, afirmou que o bem-estar de uma população deveria ser medido por meio da qualidade de vida, proporcionada não apenas pelo balanço dos bancos e bens econômicos que as pessoas possuíam (GOMES *et al.*, 2017).

Ao falar em qualidade de vida, vem à mente, *a priori*, o famoso conceito de saúde definido pela OMS, onde se diz que: “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (WHO, 2018), ou seja, a saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e, não meramente a ausência de doença. Diante desta conceituação podemos nos perguntar se o estado de saúde seria um padrão e, onde ficariam as singularidades que constituem cada indivíduo, seus conceitos, valores, credo entre outros?

A iniciativa da OMS de estabelecer uma concepção de saúde aceita por todo o mundo é de grande valia e merece reconhecimento no sentido de que se propunha a suscitar consenso entre as nações sobre o que deveria ou não ser considerado doença, estimulando estudos, pesquisas e tecnologias, além de possibilitar o diálogo a nível mundial sobre perfil epidemiológico, característica das enfermidades, pesquisas e experimentos desenvolvidos. Entretanto instigou o surgimento de muitas críticas devido ao ponto de vista extremamente utópico por entender a saúde como um estado de perfeição, de bem-estar completo (ARAÚJO; XAVIER, 2014).

Talvez até avançada para o período na qual foi elaborada, entretanto, atualmente é irreal, ultrapassada e unilateral. As expressões perfeição e bem-estar, estão no campo da subjetividade. Mesmo recorrendo a concepções externas de avaliação, *modus operandi* da Saúde Coletiva, o substantivo feminino perfeição não é definível. Ao se trabalhar com um referencial objetivista, isto é, com um ajuizamento do grau de perfeição, o bem-estar ou a felicidade de um sujeito externa a ele próprio, estar-se-á automaticamente colocando as referidas expressões a categorias que existem por si mesmas e não estando submetidas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da

experiência íntima do sujeito. Só assim poder-se-ia discorrer de bem-estar, felicidade ou perfeição para um indivíduo que, dentro de suas crenças e valores, fornecesse sentido de tal uso semântico e, portanto, o validasse ou legitimasse (SEGRE; FERRAZ, 1997)

A dificuldade de aplicabilidade do referido conceito nas esferas políticas e nos serviços de saúde, transformando a saúde em algo ideal e de difícil alcance é algo concreto. Na postulação em questão, o referido conceito perpassa a exaltação do indivíduo, do privatizado, do singular. Desta forma, há uma inserção da lógica moderna e neoliberal, onde a saúde passa a ser bispada como bem de consumo, como aquilo que se almeja consumir e que detêm, além de seu valor de uso, também valor, um signo conquistado no cerne das relações de consumo (ARAUJO; XAVIER, 2014). O estado de saúde não é algo estável onde o alcançando se exista uma permanência. O próprio entendimento de saúde possui também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e as sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuam a determinada situação.

Retomando nosso trajeto de reflexão sobre qualidade de vida e espiritualidade, mesmo com um conceito padronizado de saúde, já estabelecido pela OMS, às ações em saúde figuravam sempre abordando o controle da morbidade e da mortalidade. Somente há pouquíssimo tempo é que se passou a refletir sobre o comprometimento e os eventos adversos, que envolvem a vida diária dos indivíduos. E na ausência de um conceito concreto a respeito da qualidade de vida, podemos observar que algumas técnicas e modelos foram desenvolvidos com referenciais teóricos diversos e alguns sem lastro conceitual, o que acabava por embarçar a comparação da variedade de resultados de pesquisas que abordam o referido tema (FLECK, 2000).

Nesse diapasão, pode ser dito que a OMS, na tentativa de uma definição em 1995, constituiu um Grupo de Qualidade de Vida –*The World Health Organization instrument to evaluate quality of life* - Grupo WHOQOL, com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural. Na sua versão integral há 100 itens que foram distribuídos em domínios, mais precisamente seis, a saber: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (FLECK, 2000; CATUNDA; FLEURY; LEMÉTAYER, 2018).

Trabalhar o conceito da qualidade de vida é a tentativa de compreendê-lo como uma apreciação subjetiva e multidimensional. Sendo assim, somente o indivíduo pode avaliar aquilo que seria sua própria qualidade de vida, podendo sofrer uma variância em função do momento e do contexto, além de depender de fatores e elementos diversos. Quanto à

qualidade de vida ligada à saúde, a OMS a define como sendo a percepção que o indivíduo possui de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (CATUNDA; FLEURY; LEMÉTAYER, 2018). O que se observa é uma ampliação do conceito, tornando-o mais abrangente envolvendo esferas como estado físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e ambiente no qual o indivíduo interage e faz sua história de vida.

Tendo em vista a complexidade e a importância da doença, o módulo primeiro do WHOQOL foi o de HIV/ AIDS, em função da importância médica da doença, do impacto na qualidade de vida, de seu estigma que carrega o portador e das singularidades em que estão envolvidas as formas de contágio (FLECK, 2000). Segundo Catunda, Fleury e Lemétayer (2018, p.1) alguns “[...] estudos mostram que escores da QV percebida de pessoas portadoras de HIV/ AIDS são mais baixos quando comparados aos de pessoas sem a doença ou portadoras de outras doenças crônicas”. Quando realizamos buscas nos sistemas de informação de produções acadêmicas observamos que em muitos trabalhos a qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas, em particular o HIV/ AIDS, tem sido uma prioridade dentro das ciências da saúde.

Como supramencionado, um dos domínios do WHOQOL-100, envolve os temas: espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. E nos anos mais recentes tem-se observado, mesmo que em pequena escala, um convergir de olhares na preocupação e valorização da dimensão não-material ou espiritual em saúde; a própria abertura do PPGCR da UFPB à espiritualidade/religiosidade no âmbito da saúde do homem, é um exemplo concreto disto. Essas duas dimensões eram comumente descartadas em pesquisas acadêmicas que se debruçavam na área da saúde, no entanto a relevância desses contextos vem sendo considerada, tendo em vista que o próprio conceito de saúde é dinâmico. Assim: “Uma resolução da 101ª sessão da Assembleia Mundial de Saúde propôs uma modificação do conceito de saúde da OMS para um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social” (FLECK, 2000, p. 37).

No entendimento da resolução supracitada, vale considerar que o domínio VI - aspectos espirituais/religião/ crenças pessoais, do instrumento não é direcionado a uma ou outra profissão de fé, mas ao universo de expressões de espiritualidades ligada a uma instituição ou não. Para os que não possuem uma filiação religiosa ou pertença espiritual, o referido domínio pode se remeter às crenças ou aos códigos de comportamento (FLECK, 2000; WOH, 1998). Corroborando com o debate, assinala-se que a OMS conceituou a

espiritualidade na multidimensionalidade da saúde. Assim, a organização a considera como um conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material e com a hipótese de que há mais além do viver do que pode ser apreendido ou provado. Assim sendo, a espiritualidade se configura como algo capaz de superar as realidades da vida, de experimentar uma força interior que sobrepuja as próprias capacidades (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

É interessante compreendermos a espiritualidade como uma dimensão e não como um domínio de um grupo ou uma instituição religiosa. Leonardo Boff, escritor, pensador ligado à teologia da libertação e ex-frade franciscano, em sua obra intitulada: *Espiritualidade - caminho de transformação*, expõe-nos que o ser humano não possui apenas exterioridade; este também é um ser de profundidade e a espiritualidade seria a profundidade do ser humano. Esta se configura como uma dimensão de cada ser e que cada um revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo, com o próprio coração e que se traduz pelo amor pela sensibilidade, pela compaixão, pela escuta do outro, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude fundamental (BOFF, 2001). Na esteira do pensamento do Leonardo Boff, e dando continuidade ao lastro traçado pela OMS, a espiritualidade segundo Underwood e Teresi(2002) citados por Peçanha e Silva (2005), chama atenção para o fato de que esta:

[...] está envolvida com a transcendência, com o lidar com questões finais sobre o sentido da vida, com a aceitação de que há mais vida do que podemos ver ou entender completamente. Espiritualidade pode nos chamar para o envolvimento com o eu, para se preocupar e ter compaixão com os outros. Enquanto a religião tenta influenciar para encorajar e prover a vida espiritual – e a espiritualidade é normalmente um aspecto saliente da participação religiosa- é possível adotar formas de encontros religiosos e doutrinas sem ter um forte relacionamento com o transcendental (UNDERWOOD; TERESI, 2002 apud PEÇANHA; SILVA, 2005, p. 8).

Diferindo-se da espiritualidade, mesmo estando em campos de análises muito próximos e inteiramente relacionados, mas com peculiaridades próprias se diferenciando, a religiosidade detém características comportamentais e sociais, envoltas e orientadas por doutrinas e denominações, isto por envolver um sistema de pessoas e doutrinas vividas e compartilhadas por um grupo. A religião busca motivar nos indivíduos, no fiel, animar e abastecer a vida espiritual (PEÇANHA; SILVA, 2005). Já por religião, é compreendida como aquilo que vai normatizar e orientar a religiosidade, se estrutura como agência de controle com uma característica capaz de se conectar com o sobrenatural, de forma a criar ou alterar certas contingências. Desse modo se aproximar dessa agência religiosa, por meio de um ser

superior que controla as contingências presentes, reforça, pune e traz certezas de um amanhã mais feliz, é de certa forma, assegurar a felicidade a longo prazo (SKINNER, 2003).

Quando adentramos a esfera da transcendência e buscamos compreender as singularidades da espiritualidade e da religiosidade, concluímos que todas as religiões possuem como alicerce a experiência com uma realidade misteriosa, também alegórica e fascinante que se envolve e abastece o homem de poder, manifestando a presença de algo transcendente que é percebido e sentido no hodierno da existência humana e com uma grande capacidade de transformar a vida. Desta forma, a espiritualidade é a experiência de contato com algo que transcende as realidades normais da vida. E o experimentar uma força interior que supera as próprias capacidades (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

E relação entre espiritualidade/religiosidade e a vivência do indivíduo dentro do processo saúde doença pode ser muito bem compreendida como uma busca que o homem tem do bem-estar. Saúde e doença são compreensões provenientes de um aditivo histórico, cultural, política e ideológico no qual os seres humanos estão imersos. Assim a revisão e a revisitação de valores culturais constituem um manancial para modificação do contexto e organização das sociedades. A necessidade de uma abordagem holística (integral, ampliando a dimensão do cuidar, enxergando a doença e a partir de uma visão humana) é sentida a partir dessas mudanças de paradigmas, impulsionando uma nova discussão no campo dos saberes e das ciências para novas construções e atitudes (MONTEIRO; ROCHA JUNIOR, 2017).

No processo saúde x doença, a espiritualidade e/ ou religiosidade se configuram como uma importante estratégia para o enfrentamento da doença e/ ou de situações relativas no processo de manutenção da saúde, ou da qualidade de vida em meio a eventos estressores comuns em processos terapêuticos nos portadores de doenças crônicas ou não. Para Fornazari e Ferreira (2010) as dimensões da religiosidade e da espiritualidade figuram como associados importantes para as pessoas doentes. Todavia, o enfrentamento religioso traz consequências que irão determinar se os resultados na saúde dos pacientes se apresentam positiva ou negativamente. Koenig; Pargament e Nielsen (1998) trazem a identificação das estratégias de enfrentamento positivas, aquelas que repercutem em melhoras na saúde mental, diminuição do estresse, crescimento espiritual e cooperatividade.

Quanto às estratégias de enfrentamento negativas, estas seriam aquelas relacionadas ao resultado negativo na qualidade de vida, depressão e saúde física, a saber: uma postura de recusa de tratamento por crer que sua cura está por vir da ação divina. Assim, temos a ciência de que a espiritualidade/ religiosidade são capazes de abrir proporcionar o alívio ou incomodo, o bem-estar ou ocasionar o estresse, dependendo de como for o enfrentamento do

indivíduo. Se positivo ou negativo, aquele que está também inserido no processo, ou seja, o profissional de saúde necessita saber como agir com estes tipos díspares de realidades, respeitando as características individuais dos pacientes, respeitando também a espiritualidade/religiosidade destes.

As pesquisas científicas estão abrindo espaços para a reflexão a respeito da espiritualidade/religiosidade no campo da saúde, mesmo que engatinhando como dito acima. Entretanto, de acordo com Panzini, *et al.* (2007) os profissionais do campo das ciências da saúde têm indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade no processo terapêutico de qualquer doença. O hiato entre medicina e espiritualidade está sendo preenchido: os profissionais de saúde têm descoberto a importância da prece, da espiritualidade e da participação religiosa na melhoria da saúde física e mental, bem como para responder situações estressantes, na promoção de bem-estar e qualidade de vida (FORNAZARI; FERREIRA, 2010)

Não se trata apenas de um corpo que está enfrentando um processo de adoecimento ou um caminhar para o fim, quando em fase terminal. Trata-se de um organismo que está inserido numa história própria e na história do meio que o circunda, sendo esta composta pela interação de diversos fatores ambientais, físicos, afetivos, sociais, intelectuais e espirituais e religiosos. Diante desta complexa realidade, os profissionais da saúde, interdisciplinarmente, devem estar devidamente preparados para saber se posicionar diante das singularidades do homem que adocece, a fim de proporcionar condições para redução do sofrimento e meios para garantia da qualidade de vida, mesmo em condições de finitude da vida.

Sendo assim, tendo por fulcro a multidisciplinaridade, os estabelecimentos assistenciais de saúde se constituem como espaços específicos para a reflexão e a produção do conhecimento acerca da garantia da permanência de uma qualidade de vida para o doente. Neste ínterim, saindo dos lotes acadêmicos e levando seu conhecimento para os serviços de saúde, as Ciências das Religiões (CR) figuram como uma aliada às ciências da saúde pôr as acomodar nesse peregrinar de compreensão do ser humano de forma holística e, em específico, no que tange as dimensões espiritualidade/religiosidade.

A multidisciplinaridade faz parte da CR, se constituindo como um dos elementos arraigados no seu *modus operandi*: a fenomenologia da religião (ordenação sistemática dos distintos fenômenos religiosos e definição dos seus conteúdos), a sociologia da religião (a relação entre a religião e a sociedade, a pesquisa de religiões em sociedades menos complexas), a psicologia da religião (a relação entre o indivíduo e a religião no plano da experiência e da práxis), a antropologia da religião (a discussão dos aspectos simbólicos do

fazer religião no interior das sociedades humanas) e, no campo da teologia, alguns teólogos por meio da percepção oriunda, também, das CR foram capazes de romper com o discurso hermético da teologia e produzir uma teologia publica capaz de dialogar com diferentes áreas do conhecimento (HOCK, 2010; GUERRIERO, 2013).

As áreas adicionais servem de subsídios e de referências mútuas das disciplinas que permitem mostrar com mais nitidez pontos de interseção e linhas demarcatórias. Assim já se imagina a intercessão de discursos tanto no campo das ciências da saúde como no campo das CR, que juntas se instigam a um ir além daquilo que se compreende como doutrinal, sobretudo, no quesito espiritualidade e religiosidade. Também, aquela indo além do tratamento de um corpo doente. A esfera da saúde se estrutura nas CR como um elemento da interdisciplinaridade que subsidiará a interpretação e a contribuição das ciências das religiões na busca da qualidade de vida do ser que adoece.

Acudido nesta linha de raciocínio, esse nosso esforço reflexivo vem justamente contribuir para uma intercessão de saberes científicos sobre espiritualidade/religiosidade e saúde, com foco no ser humano, mais especificamente o portador de HIV/AIDS. Nesse entendimento, os resultados que alcançamos servirão para subsidiar uma assistência à saúde mais humana, com reconhecimento da dignidade do homem em sua completude, na sua integralidade e na compreensão ética dos indivíduos. Tudo isto contraído por intermédio do passo cadenciado e profícuo da relação entre CR e ciências da saúde.

2.1 Ciências das Religiões

A maneira interdisciplinar e a multiplicidade de saberes religiosos, de discursos de cunho religioso e ideológico atrelados à religião ou à espiritualidade, conduziu-nos ao uso das CR como fulcro epistêmico. É mister ressaltar que quanto à flexão no singular ou no plural para a terminologia Ciência(s) da(s) Religião(ões), há um caminho longo de debates epistemo-metodológico, entretanto, em nossa reflexão utilizamos a flexão no plural empregada no Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba.

A CR permite ao pesquisador alcançar uma análise diacrônica e sincrônica do objeto de estudo - o fenômeno, a experiência e as expressões do religioso. Segundo Hock (2010, p. 13) esta ciência se apresenta como “[...] a pesquisa empírica, histórica e sistemática da religião e de religiões e, para isto abrange uma diversidade de disciplinas que analisam e

apresentam religiões e fenômenos desta natureza sob aspectos específicos”. E se dedica de maneira não-normativa ao estudo histórico e sistemático de religiões concretas em suas múltiplas dimensões, manifestações e contextos socioculturais (USARSKI, 2013). Quanto à interdisciplinaridade, esta é uma realidade transversal dentro da atuação da CR. Já para Passos e Usarski (2013) a CR abarcada como área particular, sendo detentora de um objeto, de métodos e de teorias específicas, estruturar-se-á e executar-se-á por meio de um conjunto de abordagens diferentes, que podem ser designadas como subáreas, como disciplinas ou como instrumentos teórico-metodológicos, que permitem sua execução metodológica e, por conseguinte, sua distinção epistemológica.

O objeto de trabalho da CR é a religião ou as religiões; quanto ao conceito desta, há um alarido interno de grande magnitude e que pelo visto não se encerrará em um curto espaço de tempo, mas que não se configura um problema no campo da pesquisa científica na área das religiões. De acordo com Sampaio (2014), as referências clássicas e modernas, para a área em questão, como: Max Müller, Émile Durkheim, Max Weber, Rudof Otto, Mircea Eliade, Marcel Mauss, Clifford Geertz, Joachim Wach, Peter Berger e tantos outros, já se debruçaram na discussão do conceito de religião. Mas o que nos interessa é que a visão do que é religião e seu uso como terminologia angariou uma amplitude tamanha à sua essência que o termo carrega, e saiu daquilo que se enxergava do cristianismo como modelo de religião e fé, pronto e acabado.

Quanto ao termo religiosidade na vertente popular, elemento próprio de outro objeto de estudo da CR, ela se refere a algo que tem sua origem no povo que pode evocar manifestações ligadas ao sagrado, suas práticas de cura, devoção a santos ou festas de rua, por oposição ao que é oficial, ao que vem da Igreja. Existe aí uma bipolaridade dos opostos, religião e religiosidade, tão necessário para se compreender aquilo que mencionamos anteriormente o fenômeno, a experiência e as expressões do religioso e, esta compreensão é fruto do esforço contínuo das ciências das religiões (NASCIMENTO, 2009). Segundo Assad (1993, p.116) não há um significado universal de religião, isto não somente porque seus elementos constituintes e suas relações são historicamente peculiares, mas porque esta definição é ela mesma o produto histórico de processos. E assim compreendemos que as definições funcionais são limitadas, uma vez que o termo “religião” envolve um agregado de elementos, critérios e dimensões que em conjunto, esboçam o cenário no qual a CR descreve seu objeto (SAMPAIO, 2014).

Não importando a prerrogativa da tradição dos estudos hermenêuticos que infringe e viola os limites da análise científica, ao cientista das religiões cabe ser capaz de escolher, caso

a caso, a partir de suas competências e das circunstâncias externas, o instrumento que se revelar mais apto para alcançar o objetivo interpretativo (FILORAMO; PRANDI, 2016). Nesse entendimento um caminhar de passos firmes no peregrinar de um cientista das religiões, se dá ao tempo em que este toma por base sua própria formação e as questões que se colocam sobre (e para) a religião como dimensão cultural, além de utilizar caso a caso as chaves mais adequadas para a leitura das realidades religiosas que se fizeram e se fazem presentes nas sociedades desde os primórdios da humanidade (FILORAMO, PRANDI, 2016).

O sociólogo e teólogo luterano, Peter L. Berger (2017, p. 45) diz que “o sagrado é um empreendimento humano pelo qual se estabelece um cosmo sagrado”, assim sendo, pode-se concluir que o sagrado e o cosmo envolvem elementos (tempo, espaço, coisas, seres vivos, seres detentores de razão e divindades) sitos num complexo jogo de intercâmbios e influências, no qual se encena a vida humana e nenhum outro estudioso, que não um cientista das religiões seria capaz de compreender e de racionalizar essa liga que carrega o fenômeno religioso e a experiência religiosa (BERGER, 2017). O autor segue em seu raciocínio assinalando que há uma compreensão que o sagrado é algo que salta para fora das ações comuns do hodierno, seria algo extraordinário e com relevante potencial de nocivo, mesmo este perigo sendo passível de domesticação e ainda ter sua energia aproveitada no enfrentamento das indigências do cotidiano.

Assim, o sagrado se refere diretamente ao homem, mesmo sendo entendido como algo distinto a este e, o homem se relaciona com o sagrado de um modo incomum em relação aos demais fenômenos de natureza não sagrada. Destarte, o cosmo proposto pela religião transcende e, concomitantemente inclui o homem. Este, por sua vez, encara o sagrado como uma realidade infinitamente poderosa e distinta dele. Essa realidade a ele se direciona e coloca a sua vida numa ordem, munida de significado (BERGER, 2017). Nesse sentido, quando a CR se debruça sobre o referido fenômeno, ela não se põe em posição de ataque, desprezo, repulsa ou defesa de uma em detrimento de outra. Nem tampouco para validar a existência de um ser ou de seres superiores que orientam um indivíduo ou grupos. Diferente da teologia que seria, grosso modo, um estudo religioso da religião, a CR se coloca com um viés de ação definido pelas ciências sociais, não se apegando à certeza que se tem pela fé como eixo norteador da pesquisa (ORO, 2013).

Buscar compreender o fenômeno religioso e/ou espiritual é tentar entender e aferir aquilo que nele tem sua gênese. Se volvermos nosso olhar para a história das sociedades, o fenômeno religioso é um coadjuvante que surgiu desde os primórdios e, sendo assim, sempre visto na história do homem, pode ter algo alistado a natureza deste. Segundo Pierre F.

Bourdieu, sociólogo francês para quem o mundo social deveria ser entendido à claridade de três conceitos basais: campo, *habitus* e capital. O autor postula que a religião deve ser entendida como uma linguagem. Assim, aponta que:

A primeira tradição trata a religião como língua, ou seja, ao mesmo tempo enquanto um instrumento de comunicação e enquanto um instrumento de conhecimento, ou melhor, enquanto um veículo simbólico a um tempo estruturado (e portanto, passível de uma análise estrutural) e estruturante, e a encara enquanto condição de possibilidade desta forma primordial de consenso que constitui o acordo quanto ao sentido dos signos e quanto ao sentido do mundo que os primeiros permitem construir (BOURDIEU, 2011, p. 28).

Nesse entendimento, a religião se estrutura *a priori* numa forma de linguagem capaz de responder a questionamentos humanos sobre o mundo e capaz de ser uma condição indispensável à existência humana. E o interessante do estudo das religiões, em particular pela CR, é a compreensão das mensagens oriundas das religiões e, como estas inferem diretamente no *modus operandi* do ser humano frente à sua condição existencial. A religião “[...] é um sistema orgânico de significados, se constituindo em muitas situações como elemento base para a ereção de muitas culturas” (ORO, 2016, p.23).

Emile Durkheim, conhecido como o estruturador das ciências sociais, em sua célebre obra *As formas elementares de vida religiosa*, vem realizar uma análise sobre a religião no intuito de ordenar uma teoria geral da religião, uma forma de entender a natureza do referido fenômeno e sua acuidade na vida social, até onde a ciência pode demonstrar no entendimento mais abstrato, do subjetivo. Segundo este clássico a religião se estabelece como “[...] um sistema unificado de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, isto é, separadas, proibidas, crenças e práticas que unem, numa mesma comunidade moral chamada Igreja, todos aqueles que aderem” (DURKHEIM, 1989, p. 79). Para o autor, o que vai evidenciar o religioso é justamente a oposição entre dois conceitos muito comuns, o sagrado e o profano. E esta ideia é a que vai figurar com firmeza nos estudos antropológicos sobre a religião como constructo social, sofrendo modificações do próprio autor e de outros pensadores (GUERRIERO, 2013).

Todas as crenças religiosas conhecidas, sejam elas simples ou complexas, apresentam uma mesma característica comum: elas supõem uma classificação das coisas que o homem representa para si mesmo, sejam elas reais ou ideais, em duas classes, em dois gêneros opostos, designados geralmente por dois termos distintos que são muito bem traduzidos pelas palavras profano e sagrado. Este é o traço distintivo do pensamento religioso, a divisão do mundo em dois domínios, um que compreende tudo o

que é sagrado, e outro que compreende tudo o que é profano; as crenças, os mitos, os gnomos, as lendas são representações ou sistemas de representações que exprimem a natureza das coisas sagradas, as virtudes e os poderes que lhes são atribuídos, sua história, suas relações umas com as outras e com as coisas profanas (DURKHEIM, 1968, p. 68).

Mesmo que inconscientemente, este binário conceitual - sagrado/ profano - vigora em nossas razões até a contemporaneidade, independentemente do grau de formação que o indivíduo detenha, obviamente que não integralmente do modo proposto por Durkheim, uma vez que sua compreensão do sagrado precede a ideia de Deus, o que vai expandir aquilo que se entende por religião, já que esta abarca em si profissões de fé e crenças que não possuem a figura de um ser superior – Deus(es). Já o antropólogo norte americano Clifford James Geertz propõe uma compreensão da religião a partir de um entendimento mais ampliado, de certo modo universal, assim sendo, concebeu religião como:

[...] um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de facticidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (GEERTZ, 1989, p. 67).

Esta definição proposta por Geertz (1989), não aborda a sobrenaturalidade, a divindade e nem o sagrado, sendo, dependendo da finalidade a que se destine seu uso, de interessante utilidade tanto no campo das religiões como das espiritualidades difusas. Na definição de Geertz, a proposta do sistema simbólico faz junto ao ethos, a maneira de ser, de sentir de determinado grupo, a visão da totalidade destes na construção da imagem geral da estrutura de mundo e um código de conduta onde aqueles se robustecem reciprocamente (GUERRIERO, 2013).

Nesse viés, o antropólogo holandês Wouter Hanegraaff, professor da Universidade de Amsterdã, a partir da formulação de Clifford Geertz (1989), abriu um caminho para o conhecimento daquilo que estaria fora de uma estrutura formal da religião. Aquilo que se compreende como novo na esfera da espiritualidade pode, de acordo com o pesquisador, ser entendido como manifestação religiosa. Portanto, a religião, neste caso em específico compreendida como religião no singular, situa-se como “[...] qualquer sistema simbólico que influencia as ações humanas pela oferta de formas ritualizadas de contato entre o mundo cotidiano e um quadro metaempírico mais geral de significados” (HANEGRAAFF, 1999, p. 147).

Esta reformulação no encarar o fenômeno vem responder a compreensão de religião em sua totalidade, mas que segundo o autor se faz necessário um desdobramento, a fim de que se possa enxergar as formas que realmente se manifestam socialmente. Assim, Hanegraaff faz uso de duas subcategorias: a de religiões (no plural) que se manifestam sempre por meio de uma religião específica e a de espiritualidades (GUERRIERO, 2013). Este espaço entre religião e religiões nos possibilita compreender também aqueles sistemas de crenças que não versam sobre aspectos sobrenaturais, de seres excelsos ou mesmo do par conceitual sagrado e profano, ampliando-se as inúmeras manifestações de cunho espiritual que permeiam as sociedades, quebrando paradigmas. Em Hanegraaff (1999, p. 147) a espiritualidade “[...] é qualquer prática humana que mantém contato entre o mundo cotidiano e um quadro metaempírico mais geral de significados por meio de manipulações individuais de sistemas simbólicos”.

Dessa maneira, sopesar as experiências e interpretações do que costuma ser esboçado como sagrado, religiosidade e espiritualidade, passam a exigir, evidentemente, um olhar direcionado às interfaces entre os saberes das religiões e da academia, dois modos distintos de saberes que se completam, mas não se anulam ou se sobrepujam. Para Latour (2004) a religião é um modo de pregar, de predicar, de enunciar a verdade. É literal, técnica, teologicamente uma forma de dar a notícia; na esfera do cristianismo, de trazer a “boa nova”, o que em grego se chamou “*evangelios*”. Entretanto é da ciência que se deve dizer que alcança o mundo invisível do além, que é espiritual, da “realidade” dos milagres, e que sacia e edifica a alma.

Convergindo para um olhar da psicologia sobre o tema em questão, Paiva (2008) afirma que se a religião significa Deus, o culto e a oração; a espiritualidade, ao contrário, para os estudiosos, alude a independência frente à tradição ou à instituição, a procura pessoal de sentido, a asseveração de uma espécie de associação entre todos os seres e a afirmação da universalidade pende de um princípio transcendente, à individualidade de, conexão com o universo, o interesse pelo aspecto excessivo cognitivo dos ensinamentos religiosos tradicionais e, enfim, um certo mal-estar em relação à materialidade do mundo. Assim a espiritualidade tem assumido o mote de muitos estudos, que vão além da fronteira da teologia, exigindo outras perspectivas para um melhor entendimento deste fenômeno humano e, a psicologia se vê imerso a esta realidade (GIOVANETTI, 2008).

Assim a espiritualidade é uma atividade do espírito e, isto não quer dizer que se trate de fé em um ser transcendente, sendo esta singularidade própria da religiosidade. O espírito permite ao homem fazer a experiência da profundidade, do ir ao âmago, de captar o

simbólico, de expor a força motriz da vida e do sentido, sendo só o espírito capaz de descobrir um sentido para a existência. E mesmo não sendo cultivada por todo ser humano ela está presente em todos os seres humanos (GIOVANETTI, 2008).

Religiosidade e espiritualidade são termos que carregam uma hermenêutica e uma epistemologia próprias, possuem histórias e têm conhecimento sobre os condicionamentos brevemente denominados históricos, que equivalem às condições sociais, políticas, econômicas e outras. Como característica comum, a religiosidade e a espiritualidade buscam pela afirmação do sentido e, diferem-se na forma como se constrói o sentido. A religiosidade tem como origem do caminho para a construção do sentido uma entidade superior, via fé e modo como se vivencie uma crença. A espiritualidade não necessita desse ser superior para se construir o sentido, este se dá por meio da reflexão. Se a espiritualidade permite a integração do homem por meio do cultivo da profundidade, a religião foca na integração. Os caminhos percorridos são díspares, mas o fim perseguido é o mesmo (PAIVA, 2008; GIOVANETTI, 2008). Também pode se dizer que a espiritualidade é a relação que nos insere e transcende, bem como, fornece significado à vida, como postula Farris (2008).

Para muitos, tal concepção significa a convicção em Deus/deuses, entretanto nem todo mundo insere um ser superior em sua constelação de valores. Mesmo aqueles que acreditam num ser transcendente, possuem uma variedade de centros de poder e valor que outorgam significado à vida. Para muitos homens de fé, o centro do valor definitivo está numa entidade transcendente, mas o cotidiano revela muitos outros centros. Além do que, boa parte das experiências humanas verdadeiramente criativas e profundas, incluindo as tidas por negativas, podem permitir ao homem um desvelamento de sua espiritualidade. Assim a espiritualidade é uma característica intrínseca ao ser humano enquanto tal (FARRIS, 2008; VALLE, 2008).

Em nossa escrita, já abordamos um pouco da psicoterapia de Frankl, a logoterapia, que se insere na busca do sentido, ou seja, o motivo mais importante para que o homem viva com todas as suas forças é procurar uma direção, um sentido, investindo sua capacidade, talento, desejos em algo no qual creia, que tenha um fim justificável para ele, que não apenas lhe proporcione prazer. De forma oposta, um ser humano que não conhece o sentido de sua vida perde o mais importante do seu ser, a vida se dá numa incompletude e, se ignora o que é mais relevante. E, o sentido da vida de um modo geral não é interessante, mas antes o sentido específico da vida de uma pessoa em um determinado momento (LAZZARI JUNIOR, 2013). Nesse entendimento, é válido considerar que a compreensão da vida e o sentido desta nas esferas da religiosidade e da espiritualidade é uma temática bastante cara as CR e, a logoterapia e a Análise Existencial de Frankl traz uma imensa contribuição nos estudos sobre

o ser humano em todas as suas dimensões, assim como também, serve de lastro para as peregrinações reflexivas das CR.

O professor de História da Religião Hans-Jürgen Greschat (2005) afirma que o teólogo visa proteger e enriquecer sua tradição religiosa; os cientistas da religião não prestam um serviço institucional diferentemente dos teólogos. Os cientistas das religiões não são chefiados por nenhuma hierarquia, nem tem a obrigação de fornecer satisfação a nenhuma instância superior. Diante de todo este cabedal teórico congregado por esta ciência, ao seu pesquisador é de se interrogar quais seriam as contribuições CR para as ciências da saúde, ou mais especificamente qual o perfil espiritual/religioso de determinado grupo e como a espiritualidade/religiosidade é capaz de influenciar no processo saúde doença?

A CR vem com seu esforço compreender o homem, religioso ou não e, trazer subsídios para que este, independentemente da condição na qual esteja, seja capaz de encontrar à sua maneira mais peculiar de exercer a sua humanidade. Em suma, em sentido unívoco, tal ciências e volta para captar as especificidades dos fenômenos espiritualidade/religiosidade, colunas estruturantes de nossa pesquisa, com foco no portador de HIV/AIDS, subsidiando seu próprio discurso e dos demais campos do conhecimento científico a respeito da necessidade de se conhecer este ser vivente complexo que é o ser humano. Nesse sentido, a validade de encontrar o caminho que conforte, auxilie, ampare ou mesmo que o ajude a explicar o processo saúde/doença que vivencia. Ainda que não seja esse o motivo da religiosidade, encontram-se traços de espiritualidade a crença em algo, interior ou exterior, mas que é o lenitivo das horas.

2.2 Nos passos do imaginário com o intelectual de Grenoble, Gilbert Durand

Construir e deter um saber a respeito do ser humano e do cenário existencial no qual este se insere, se trata de uma atividade que pode ser observada nos mais antigos registros da humanidade. E, na contemporaneidade, após anos de influência do racionalismo científico, o imaginário vem se solidificando como disposição científica para o desenvolvimento das ciências, independente e em especial, na construção do universo simbólico do homem e do mundo. Gilbert Durand, antropólogo professor da *Université de Grenoble*, famoso por seus trabalhos no campo do imaginário e da mitodologia, vem somar, neste trabalho com a *Teoria Geral do Imaginário*, subsidiando o entendimento da condição do paciente com HIV/AIDS, que como todo ser humano carrega em si os recursos do seu imaginário social e cultural e do

universo no qual povoam os seus enfrentamentos. Cabedal este, que confere ao homem as condições, e por consequência, as qualidades para enfrentar. Ou seja:

[...] a sua trajetória ontológica, que é ter consciência da própria finitude e, portanto, da própria morte. Cada cultura busca a seu modo vencer a imposição do tempo cronológico e construir outros tempos, capazes de perenizar a experiência humana” (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015, p. 16).

Fazendo um pequeno adendo a respeito da mitodologia, pode ser apontada como o agrupamento de dois métodos de pesquisa dentro do campo do imaginário, que foram organizados por Gilbert Durand para fins didáticos, que seriam a mitocrítica e a mitanálise. Esta segunda se direciona na busca dos mitos diretores dominantes em determinada época histórico-social (contexto mais social). Aquela primeira, converge para os textos literários, onde o miticiano busca estabelecer uma relação entre o texto literário, oral ou escrito, e o mito (contexto mais cultura). Assim, compreendendo que através da mitanálise situam-se os resultados da mitocrítica no seu contexto sociológico, o objetivo se aproxima por demonstrar como fatores socioculturais influenciam a construção do pensamento religioso na sua dimensão mítica (ARAUJO; TEIXEIRA, 2009; CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015).

O que se enxerga é que dois métodos de pesquisa se completam dentro de suas especificidades, o que permite a mitodologia operar como um tipo de modelo hermenêutico de que os dois métodos/caminhos funcionassem como autênticos vasos comunicantes. Tudo isso com um desejo único, o de compreender os mitos diretores de uma dada sociedade (ARAUJO; TEIXEIRA, 2009; BARROS, 2010). Apesar do comum uso da mitodologia para análise de textos literários e poéticos, esta pode ser partilhada e vivenciada pelas diversas áreas do conhecimento científico, salvaguardando as singularidades de cada saber e adequando o discurso daquela ao objeto em análise (BARROS, 2010). Essa construção segue estilizando a então rígida vidraça do racionalismo científico ocidental, com um novo espírito científico, que vai direcionar a ciência para uma modificação de paradigma, a partir da propositura de se estudar o homem em sua capacidade de devaneio.

O intelectual de Grenoble funda no ano de 1967 o *Centre de Recherchesur l’imaginaire*, cuja proposta interdisciplinar, em boa parte, se estrutura nas obras do filósofo e poeta francês Gaston Bachelard e do psiquiatra e psicoterapeuta suíço Carl Jung. Os saberes produzidos por estes adoleceram por meio de uma teoria dos arquétipos, os quais se expressam em imagens simbólicas coletivas, presentes em toda a humanidade (SERRA; BARROS, 2014; PITTA, 2005).

O criador da TGI, Gilbert Durand, a partir do conceito de acomodação do biólogo, psicólogo e epistemólogo suíço Jean William Fritz Piaget, que se compreende como a modificação de um esquema ou de uma estrutura em função das particularidades do objeto a ser assimilado, nos instrui que o imaginário não seria nada mais que esse transcurso no qual a representação do objeto se permite absorver e modelar pelos imperativos pulsionais do sujeito, e no qual, mutuamente, como tão bem refletiu Piaget, as representações subjetivas se explicam pelas acomodações anteriores do sujeito ao meio objetivo (DURAND, 2002). Nesse viés, Cavalcanti e Cavalcanti (2015) expõem o imaginário como reflexo dos usos profundos da memória e o ato do imaginar se entende como uma reestruturação do mundo capaz de ir além da decrepitude cronológica, condição cosmopolita que em todos operam.

Nessa propositura, atentemos que uma determinante da saúde mental dos indivíduos, individual e coletivamente, é a relação harmoniosa entre o imaginário na pessoa humana e as culturas, sobretudo compreendendo que uma cultura é caracterizada pelo modo que ocorre a influência mútua entre o sensível (presente nos seres humanos) e o meio tanto social quanto geográfico. Assim, vale apontar que a imaginação é, para Durand, uma determinante primordial para a homeostase, ou como o mesmo bem expressa, é o fator geral de equilíbrio psicossocial (DURAND, 1993). Portanto, nosso trabalho, como foi exposto em diversas colocações acima, dedica-se ao estudo do perfil espiritual de pessoas enfermas acometidas pelo HIV/AIDS, que se ampara no pensamento durandiano, sobretudo por compreender que para a TGI, a religião é o verdadeiro adensamento mítico das sociedades, é nela que o imaginário social se desponta, uma vez que possui um rico sistema simbólico e suas narrativas míticas constituem o elemento fundante da sociedade e da história (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015).

Acerca do universo do enfrentamento do diagnóstico, pode ser dito que a angústia e outras emoções vividas neste, perpassam o mundo simbólico e, que "[...] para Durand é composto de uma dualidade, explicada nos regimes, que sem se anular, coexistem e são condições pertinentes da existência como vida e morte, contrariedade e questionamentos" (CAVALCANTI; CARMONA, 2018, p. 382). Assim, é no perpassar da imaginação que acontece a doação do sentido e que funciona o processo de simbolização. Este vem determinar as competências simbólico-organizacionais do homem, neste processo o ser humano assume a humanidade e se torna capaz de compreender sua condição de ser vivo, uma vez que a partir de então é também capaz de convencionar sentido as coisas e ao mundo, tudo isto via imaginação.

Para Durand (2002, p. 51) a “estreita concomitância entre os gestos do corpo, os centros nervosos e as representações simbólicas” são compreendidos como ‘trajeto antropológico’, que por sua vez, é a forma como as imagens se organizam, dentro de um dinamismo próprio a nível do imaginário, no qual as representações subjetivas se ilustram, ou se esclarecem, pelos acomodamentos precedentes do sujeito ao meio objetivo (DURAND, 1969). Portanto, será por meio da imaginação, como já dito, que o pensamento do homem se liberta do estado de alienação dos objetos que o divertem, a saber: os sonhos e os delírios que pervertem e engolem nos desejos tomados por realidade (DURAND, 1984).

A brilhante antropóloga franco-brasileira Danielle Rocha Pitta, renomada pela introdução da TGI de Durand no Brasil, ao refletir sobre a condição de finitude do homem, que diante de tal questionamento em algumas culturas se pode observar: o “fechar o corpo”, a redução das funções físicas a quase nada, a contaminação da matéria humana pelos pecados e, até mesmo o desafiar a morte. Isto se dá através de três modos balizares de resposta: tomar as armas e enfrentar o inimigo, erigir uma harmonia que não permita a aproximação da morte ou ainda considerar a ciclicidade do tempo transformando-o em renovação no lugar de morte (PITTA, 2008). Nesse sentido, as posturas elucidadas por Pitta (2008), analisando a TGI, que satisfazem às estruturas do imaginário, são elas: a estrutura heroica, a mística e a sintética (ou disseminatória). Cavalcanti e Cavalcanti (2015), apresentam-nas da seguinte forma:

[...] reação heroica, saneadora e dialética (ISTO OU AQUILO) presente, por exemplo, nas religiões de livros revelado e no arquétipo do pai, reação mística, conciliadora e sensual (ISTO E AQUILO), presente, por exemplo, no esoterismo e no arquétipo da mãe, reação disseminatória, busca de princípios, sistemas, organização (ORA ISTO, ORA AQUILO), presente nas religiões que possuem uma cosmogonia mundana ou do mundo, como o paganismo greco-romano e as religiões afro-brasileiras e na estrutura arquetípica de Eros (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015, p. 40).

Os autores buscam na composição descrita por Durand, o dinamismo estrutural que faz com que cada uma delas se caracterize como polo organizador do pensamento. Três são as estruturas que se amparam em dois polos de atração que alicerçam as culturas. “Não se trata, então, para compreender uma cultura, de classificá-la, mas de perceber seu dinamismo subjacente: é situado nesse dinamismo que o simbolismo do corpo tem significado” (PITTA, 2008, p. 70).

De acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2015) aTGI, a partir de um rever antropológico das determinantes psicobiológicas do ser humano, faz emergir um saber humanístico que enxerga o homem em sua complexidade. Assim, a imaginação se realiza

dentro daquilo que Durand denomina de trajeto antropológico, este por sua vez é constituído por *schèmes*, arquétipos e símbolos, em constante influência mútua (PITTA, 2008).

Segundo Durand (2002), o *schème* é uma generalização dinâmica e afetiva da imagem, constituinte da factividade e não da substantividade total do imaginário. O *schème* (esquema), numa tentativa de compreensão da mesma se parece ao que Piaget, na mesma linha de Silberer, psicanalista vienense, denomina de símbolo funcional e ao que Gaston Bachelard, filósofo e poeta francês do qual Durand é discípulo, nomeia de símbolo motor. Diferentemente de Kant, filósofo prussiano da modernidade, ao invés da junção entre a imagem e o conceito, faz a conexão entre os gestos inconscientes da sensorio motricidade, entre as dominantes reflexas e as representações. Assim, por meio destes *schèmes* (esquemas) é que se formam o esqueleto dinâmico, o esboço funcional da imaginação (DURAND, 2002).

Em sua teoria da psique humana, Jung fez a utilização do conceito de arquétipos, no qual estes representam reflexos humanos basilares de nossa experiência como nós evoluímos, por conseguinte os arquétipos chamam emoções profundas. Durand, a partir da reflexão de Jung, prossegue e apresenta o seu trajeto antropológico, no qual o arquétipo se fixa, ou se assenta, no alicerce de toda produção humana. As “imagens primordiais mais profundas, de caráter coletivo e inato, sendo espontâneas e incontroladas. E ainda o estado que antecede e, zona matricial da ideia, conexão entre o imaginário e os processos racionais” (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015, p. 30). Entretanto, mesmo sendo primordial no processo da imaginação os *schèmes* figuram primeiro na compleição da imagem.

Quando existe uma complexidade no sentimento e não há outro modo de expressão, então há o surgimento do símbolo. Designa o processo geral de pensamento, ao mesmo tempo indireto e concreto e que conseqüentemente, forma o dado fundamental da consciência humana. Este possui característica simples, estando sempre presente no pensamento do ser humano (pensamento simbólico) e, assinalam a expressão cultural sensível do arquétipo, especificando a influência do seu entorno imanente (clima, fauna, vegetação, entre outras.) ou do aditivo cultural que carrega (tecnologia, práticas alimentares, organização familiar ou social, etc.). Há então as condições que permitem a transformação do símbolo em sintema, isto é, uma deterioração do símbolo em signo simplesmente social, em que a riqueza e a plurivocidade deste desaparece dando vez à rigidez do estereótipo (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015; ARAUJO; TEIXEIRA, 2009).

O amalgamar entre os três componentes - símbolos, arquétipos e *schèmes*, é base arquetípica do que se apreende por mito, é a racionalização dos arquétipos é, a estrutura fundante da realidade. Durand, segundo Abella e Raffaelli (2012) explica o mito como sendo

um dinâmico sistema dinâmico de símbolos, arquétipos e *schèmes*, onde o sobre o impulso deste último elemento, tende a se constituir em narrativa. Como dito acima é a racionalização que faz uso do trajeto do discurso, no qual os símbolos estão íntimos em palavras e os arquétipos reservados em ideias (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015; ABELLA; RAFFAELLI, 2012)

É o mito que vai permitir às sociedades a resolutividade de inúmeros problemas existenciais no que diz respeito ao tempo e o fim. Vários são os mitos que permeiam as sociedades, a linguagem e, a religião é repleta deles, mas não apenas. São discursos com fundo educativo, nos quais, por meio da repetição, eles criam corpo e assumem papéis de conselheiros, de gurus do mundo e das sociedades (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015). Quantos aos mitos fundantes, cingem as sociedades de forma contínua, variando seu realce e, isto ocorre em três níveis, são eles: inconsciente antropológico, tido como o mais basal e se configura como o nível fundador onde se encontram os arquétipos; o ego societal, nível onde se localiza a ideologia e; o superego societal, trata-se daquele que experienciamos diariamente, nas instituições, nas relações – seria onde os mitos aparecem mais claramente. Assim compreendemos que existem mitos que (pré)dominam em cada etapa histórica da humanidade (BUDAG, 2015; DURAND, 2002). Cavalcanti e Cavalcanti (2015) nos apresentam um revisitar aos temas (arquétipo, símbolo e mito) de forma mui didática:

O arquétipo é a figuração objetivante. “Materializador” do *schème*, é indutor de imagens ‘reais’ que dão vivência ‘prática’ à intencionalidade do *schème* (exemplo = luz, cume; descida = trevas, abismo). O símbolo é o processo do/ no pensamento filiado ao meio cultural específico. Compõe-se do arquétipo acrescido do meio físico e cultural (por exemplo, para simbolizar uma ascensão: pássaros ou asas estilizadas, velas, auréolas ...). Num certo sentido, materializa a imagem para a visão humana realimentar o trajeto antropológico. O mito é a ação de vários símbolos, arquétipos e *schèmes*. É pedagógico. Vira narrativa. Ordena o caos e conduz a morte ‘real’ para suas formulações culturais (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015, p. 39).

O imaginário dinamiza no homem a sua capacidade de proteger a si e ao mundo no qual está inserido, isto tudo através da escolha e da combinação das imagens. Durand aloca as imagens, ponderando que toda imagem possui um conteúdo simbólico, assentado sobre dois regimes: diurno e noturno. Os regimes, segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2015), podem ser compreendidos como caminho, orientação, regra ou rota. Dentro deles coexistem estruturas mentais que vão acender os arquétipos e os mitos (BUDAG, 2015). De acordo com Moraes (2016), à claridade, a luz, representam o regime diurno, permitindo a percepção dos contornos, das diferenças e divisões. A dominante postural, a verticalidade e a ascensão

são enxergadas, assim como, a contradição, a exclusão e a identidade. Há uma busca para definir um vencedor na tentativa de derrotar a morte (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015). Quanto ao regime noturno, é ligado à obscuridade, as nuances mais densas e conduz à fusão, ao ajuntamento, a homogeneidade etc. Este possui duas estruturas: a mística (na qual impera um ambiente de repouso) e a sintética (quando há a presença de elementos da estruturação heroica e da mística) (BUDAG, 2015).

Os dois regimes, ou caminhos como abordam Cavalcanti e Cavalcanti (2015), amparam as três estruturas do imaginário. É preciso ter a ciência desta trajetória postulada por Durand, pois não serão imagens livres que possibilitarão o desenvolvimento do imaginário, lembremos que o ser humano é um ente complexo não redutível às suas percepções. O imaginário, segundo Araújo e Teixeira (2009), impõe ao homem uma lógica, uma estruturação, que o arranja num mundo de representações e nesse sentido, os autores afirmam que será no campo do imaginário, modelando-se nos regimes diurno e noturno, a partir das suas estruturas heroicas, sintéticas e místicas, manifestada “[...] quer na espontaneidade espiritual, quer na expressão criadora da função de eufemização” (ARAÚJO; TEIXEIRA, 2009, p. 11). Em outras palavras, nesse “suavizar” reside uma sensível e significativa parte do imaginário.

2.3 A construção teórico-metodológica da pesquisa

A pesquisa, segundo Sampieri *et al.* (2013, p. 30) “é um conjunto de processos sistemáticos, críticos e empíricos aplicados no estudo de um fenômeno”. Assim sendo, o trajeto realizado para concepção deste trabalho foi o da pesquisa quali-quantitativa, pautando-se em valores “imensuráveis” na busca da compreensão do perfil espiritual dos pacientes com HIV/ AIDS atendidos no ambulatório do Hospital Dr. Clementino Fraga, uma referência estadual de doenças infecto contagiosas. Tal abordagem nos permite compreender as complexidades que estão além daquilo que é sensível ou aparente, rememoremos que nosso ofício se deu entre as colunas dos fenômenos da espiritualidade/ religiosidade.

De acordo com Robert K. Yin (2016) a pesquisa qualitativa permite um aprofundamento, dos mais variados tipos de pesquisa, abarcando suas predileções, até mesmo aquilo que em determinados olhares se enquadraria no simples, no hodierno. A liberdade proporcionada pelo referido modelo de pesquisa está no leque de temas de interesse, uma vez que em outros métodos a variedade não é tão rica, isto devido a:

[...] impossibilidade de estabelecer as necessárias condições de pesquisa [...]; indisponibilidade de uma série de dados suficiente ou falta de abrangência de variáveis suficientes [...]; dificuldade de extrair uma amostra adequada de entrevistados e obter uma taxa de respostas suficientemente alta [...]; ou outras limitações, como dedicar-se ao estudo do passado, mas não de atualidades [...] (YIN, 2016, p. 6).

Nesta riqueza proporcionada pelo respaldo do método qualitativo, deparamo-nos com o estudo de aspectos subjetivos como o conhecer o significado da vida das pessoas; analisar as representações elaboradas por pessoas e ou grupos; refletir sobre conceitos já estruturados ou em fase de elaboração e o explicar comportamentos individuais ou de grupos. A pesquisa qualitativa se configura como uma prioridade na compreensão dos fenômenos (YIN, 2016). Acerca desse modelo investigativo, Minayo (2003, p. 22) expõe ao seu leitor que “a pesquisa qualitativa se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

Entretanto isto não quer dizer que a este tipo de pesquisa rechaça os números aos estudos quantitativos, ao contrário o trabalho qualitativo realiza a leitura e faz análise dos números e das às preocupações estatísticas, indo além, compreende-os dentro de universos próprios, singulares ou múltiplos resultantes de fenômenos diversos. O interesse da pesquisa qualitativa não está na busca apenas de identificadores ou números; ela busca sujeitos e a relação destes com suas histórias. A pesquisa qualitativa de um problema não é apenas uma escolha daquele que investiga, sobretudo se justifica por se caracterizar como uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social, sendo assim, pode-se assegurar que as investigações voltadas para uma análise qualitativa têm como objetivo situações complexas ou estritamente particulares. O foco está em pessoas e seus significados atrelados a eventos, processos e estruturas imersos em contextos sociais (CARVALHO, 2013).

Pode-se dizer que a objetividade é uma característica do enfoque quantitativo e, este apela ao saber estatístico para os motivos do fenômeno estudado, às relações entre variáveis. Como geralmente as amostras são relevantes e consideradas representativas da população, as informações obtidas são enxergadas como se formassem uma imagem fiel de toda população alvo da pesquisa (FONSECA, 2002). Assim, nessa investigação se faz uso dos dados produzidos para examinar, medir e analisar hipóteses, tomando por base a avaliação numérica e a análise estatística, na tentativa de se situar padrões e comprovar teorias. Estes, por sua vez seguem uma sequência, na qual os andamentos se comboiam sem desvios ou evasões, mas também algumas etapas podem ser redefinidas. A característica da comprovação é uma

determinante, as variáveis são aferidas inseridas num contexto, analisa-se, comumente por meio da estatística, as medições alcançadas e, coloca-se um renque de conclusões em relação às hipóteses, que foram previamente formuladas e que permitiram a escolha do enfoque utilizado, ou seja, antes de coletar e analisar os dados (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Grosso modo, o aspecto qualitativo de uma pesquisa almeja a dilatação das informações, à medida que o aspecto quantitativo vem de propósito dar limites a informação, aos dados, aferindo precisamente às variáveis de determinado esforço. Assim sendo, o aspecto quantitativo é usado no intuito de se solidificar às crenças, dentro de um esquema lógico e, de um discurso teórico. Já o aspecto qualitativo é utilizado para a construção das crenças que são inatas do fenômeno estudado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). O uso em conjunto dos enfoques qualitativo e quantitativo outorga um recolhimento maior de informações e dados, do que se obteria de forma isolada (FONSECA, 2002).

Nesse contexto, trabalhando com espiritualidade e essa se configura como fenômeno que se faz presente em toda história. Há posições claras que enxergam a sociedade contemporânea sob domínio de uma racionalidade tecnológica e pragmática, entretanto mesmo as religiões, assim como a espiritualidade, passando por substituições em seus sistemas, ou ainda por totais transformações, essas continuam a figurar fortemente no cotidiano dos indivíduos e influenciando diretamente na vida destes, demonstrando a necessidade de aprofundamento e compreensão dos fenômenos. Da mesma forma deve ser vislumbrado o fenômeno da espiritualidade que é detentor de uma riqueza que não está, única e exclusivamente, formatado e como posse de um sistema religioso.

Realizar uma pesquisa com portador de alguma enfermidade e mais precisamente uma doença crônica como o HIV/AIDS, permite ao pesquisador manusear questões existenciais que o ser humano esmera em cuidado hodiernamente; trata-se do indivíduo e sua história, da forma como ele esboça sua trajetória na existência, vive-a e neste ínterim enfrenta a condição de portador dessa morbidade. Sendo assim, os estudos fenomenológicos vêm estruturar o modo como deve ser refletido o retrato acima, uma vez que se trata de uma imersão na subjetividade, na essência, no âmago do objeto estudado, é óbvio dentro de uma relação não se trata de algo fragmentado, no caso específico deste esforço acadêmico, o perfil espiritual de portadores de HIV/AIDS. Isto sem deixar de lado aquilo que é a objetividade dentro desta relação de estudo.

Edmund Gustav Albrecht Husserl, matemático e filósofo de origem alemã, veio estabelecer a fenomenologia no início do século XX. O estudioso assinala a Fenomenologia

como o método para a evidenciação/clarificação do sentido íntimo das coisas, seria o mesmo que um retorno aos fenômenos (HOLANDA, 2009). Assim o referido teórico procurava, uma base sólida para a Filosofia, de tal forma que a amparasse tal qual uma ciência rigorosa. Este robusto sustentáculo será encontrado nas “evidências apodíticas”, incontestáveis, que não podem ser refutadas, indiscutíveis. A fenomenologia foi uma contraposição ao empirismo e ao psicologismo, ambicionando ir além do aferro tradicional entre realismo e idealismo (TERRA *et al.*, 2006; HOLANDA, 2009). Segundo Husserl (1992, p. 13): “é óbvia a existência do mundo – de tal modo que ninguém pode pensar em enunciá-la expressamente numa proposição. É que temos a experiência contínua do mundo, na qual este está sempre e inquestionavelmente diante dos olhos”.

Destarte, a fenomenologia vem ser uma ação de afastar o véu dos sentidos, naquilo que o mundo se apresenta para uma consciência, não sendo uma coisa, mas se apresentando como fenômeno, detentor de um conjunto de significados que compreendem – de modo inalienável – todos os elementos da equação: sujeito, ato e mundo de fenômenos. O sujeito é um ser dotado de consciência, que pensa, que possui uma história e que é capaz de apreender objetos. Há uma doação de significados aos objetos por parte da consciência, sendo esta central de significações ou matriz destes. Há então, um convite para nos retirar do cotidiano e irmos ao fenomenal (TERRA *et al.*, 2006). Portanto a fenomenologia como “sentido formal da pesquisa, é o deixar e fazer por si mesmo aquilo que se mostra a partir de si mesmo” (TERRA *et al.*, 2006 p. 673).

É na vida que as pessoas se relacionam com os objetos aos quais a intencionalidade está atingindo. Maurice Merleau-Ponty (1990), filósofo e fenomenólogo francês, afirma que a fenomenologia reflete, no mesmo instante, a exterioridade e a interioridade. Compreende-se assim que para o autor, a redução fenomenológica evidencia a existência, o ser no mundo ou o ser em situação - não há pureza nem no sujeito nem no mundo. Para o estudioso, a redução, como uma recuperação dos eventos, põe entre parênteses as relações espontâneas da consciência com o mundo, não para as negar, mas para compreendê-las, ou seja, vem se referir, concomitantemente, às manifestações do mundo exterior e ao eu do homem encarnado, do qual a fenomenologia buscará sentido.

Husserl ao dar início a seu pensar filosófico com a experiência consciente. Enxerga que a consciência possui duração por não ser apenas pensada, mas sim vivida. E aquela é sempre consciência de alguma coisa, animada ou não, ou a memória de coisas passadas. Assim, tal método e corrente filosófica abarca a descrição rica de tais experiências subjetivas, com o foco de localização das estruturas (SPICKARD, 2014). Voltemos, portanto, a uma das

questões das quais trata esse estudo: o corpo acometido por uma doença crônica. Isto posto pela fala de Merleau-Ponty (1990), que vai afirmar:

[...] um doente sente uma segunda pessoa implantada em seu corpo. Ele é homem em uma metade de seu corpo, mulher na outra metade. Como distinguir nos sintomas as causas fisiológicas e os motivos psicológicos? [...] que isto se dá devido a união entre o sujeito e o seu corpo, que a cada momento se faz na existência, sendo assim exteriores entre si, entretanto recíprocos como ação/ ato do sujeito [...] (MERLEAU-PONTY, 1990, p. 131).

É uma pergunta com resposta, assegurando que a fenomenologia de Merleau-Ponty tem lastro no corpo que vive, que experimenta. “A percepção corporal é o único ponto em que a consciência como tal não pode ser separada da consciência-de-algo. A consciência subjetiva é sempre filtrada através do estado do corpo de ser-no-mundo o que quer que este estado possa ser” (SPICKARD, 2014, p. 283). Já para Terra (2006) a ciência em questão se encontra radicada numa tradição filosófica desenvolvida por Husserl, isto pode ser observado no texto acima, e Heidegger, figurando como um modo de se refletir a vida dos indivíduos. Assim o pesquisador na abordagem fenomenológica, pergunta: qual a essência deste fenômeno, como foi experimentada, como foi vivenciado por estas pessoas e qual o seu significado?

As contribuições de Heidegger segundo González *et al.* (2012) para a fenomenologia, foram além da descrição da experiência humana, assumindo que experiência diz respeito ao modo de ser do homem no mundo e está, sempre, situada no tempo e no espaço. Para este filósofo alemão, o fenômeno se sustenta velado frente ao que se apresenta (GONZÁLEZ *et al.*, 2012). *Pari passu*, mostra-se absolutamente, de modo a formar o seu sentido para quem o experiencia. Assim vai ocorrer a possibilidade de algo que pode tornar-se fenômeno encobrir-se a ponto de ser chegar ao esquecimento. Seria então a probabilidade do esquecimento devido a manutenção do velamento do fenômeno que se tornou objeto da fenomenologia, beirando, em sua substância, o que determina se tornar fenômeno. O fenômeno então pode ser compreendido, segundo as postulações de Heidegger, como o que se mostra e como se mostra. Nesse sentido, os autores assinalam que:

Heidegger diferencia ‘mostrar-se’ (*zeigen*) e ‘manifestar-se’. Considera que ‘manifestação’ (*Erscheinung*) pode significar anunciar-se, mesmo que de forma velada. Assim, o fenômeno não é uma manifestação e a manifestação é dependente de um fenômeno. Nesse sentido, a fenomenologia heideggeriana proporciona uma compreensão, pois procura valorizar o ser na sua singularidade (GONZÁLEZ *et al.*, 2012, p.810),

Optar metodologicamente pela fenomenologia, é investigar o que o indivíduo experimenta em relação a um fenômeno (fenomenologia descritiva) e como interpreta essa experiência (hermenêutica). É determinante o se posicionar do pesquisador, de forma aberta, a realidade na qual se propõe pesquisar, uma postura de abertura diante do mundo para a compreensão da vivência a partir do relato do outro, conluiado do pesquisador em seu processo de deparada. Assim acredita o fenomenólogo que o real significado da percepção de cada pessoa sobre um fenômeno particular, partem das experiências vividas, cabendo ao amparo fenomenológico descrever a experiência vivida completa e as percepções que surgem a partir dela (TERRA *et al.*, 2006; GONZÁLEZ *et al.*, 2012).

Refletir desse modo, é o sacudir para o pesquisador. “Esse caminhar fenomenológico é uma opção por um estilo de trabalhar, de pensar, de agir, de discursar e de se posicionar diante dos homens, do mundo e da história” (GONZÁLEZ *et al.*, 2012, p. 810). Para Heidegger e Husserl a união indissociável do sujeito ao fenômeno na estrutura intencional da experiência, é o que existe de importante na fenomenologia. Devendo haver o ajuntamento dialético “[...] na intencionalidade, o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e a significação” (TERRA *et al.*, 2006, p.672). Ponderando a fenomenologia heideggeriana, afirma-se que Heidegger para construção do seu conhecimento assentou foco na compreensão da experiência vivida pelo ‘ser-aí’ (*Dasein*) em seu existir no mundo para o entendimento e a produção dos conhecimentos.

O ‘ser-aí’ é apreendido como o ente que possui, em seu modo de ser, entre outras coisas, a probabilidade de questionar-se e de procurar o sentido de ser, sendo no mundo. Não foi intenção do referido filósofo estabelecer um método, entretanto, buscou saberes filosóficos que aquilatassem o contexto da experiência vivida no fenômeno, também como os das experiências precedentes do próprio pesquisador. São elementos fundamentais para interpretação dos modos do ‘ser-aí’, o tempo e o espaço (GONZÁLEZ *et al.*, 2012).

Nessa esteira, fomos instigados a observar que as reflexões suscitadas pela fenomenologia na busca da compreensão dos fenômenos são de extrema relevância pois se tornam pertinentes no desafio de se buscar compreender a forma e o modo como as pessoas sentem, pensam, interagem no hodierno, dando destaque as variáveis diversas fornecidas pelos contextos/espacos nos quais esses seres interagem. “Assim a fenomenologia se apresenta como método adequado aos estudos de fenômenos que requerem um outro modo de ver, de olhar para além das concepções objetivistas legadas pelo pensamento oriundo pela ciência tradicional (TERRA *et al.*, 2006, p. 675).

Relembrando nossa particularidade, a saúde e a doença são os gumes de uma mesma espada, o processo envolvente entre os pares conceituais aparece/mostra e esconde/vela como fenômeno que ordena o desvelamento de diversos sentidos e de diferentes modos do “ser-aí”. Assim podemos compreender que as teorias elaboradas pela fenomenologia se configuram como um importante instrumental nas pesquisas no campo das ciências da saúde, em específico dentro do processo saúde-doença. Nesse entendimento, a fenomenologia vem contribuir efetivamente para a compreensão dos fenômenos provenientes da relação entre o ser humano e o HIV/ AIDS e por consequência influenciar na assistência prestada a estes por partes dos profissionais de saúde e daqueles que com eles interagem, além de abrir novas possibilidades na concepção do processo saúde e doença.

Trabalhar com o portador do HIV/AIDS ou até mesmo no entendimento da patologia em si, é operar com um evento existente não apenas como uma enfermidade cuja origem está em um vírus e que pode evoluir para uma síndrome, mas é ter a ciência que como doença ela só existe por conta da relação entre pessoas, uma delas estando infectada pelo HIV. Como foi observado nos itens anteriores em particular os que tratam do HIV/AIDS, podemos compreender que foi sendo acompanhada pelo engajamento de pessoas e grupos, quer estivessem sido acometidos com a enfermidade ou não. No trabalho científico com a AIDS, a fenomenologia vem permitir a compreensão de saberes, sentidos, diferentes modos do “ser-aí” e significados que influencia também o pesquisador, que vai estudar o HIV/AIDS como fenômeno, mas que carrega seus próprios sentimentos a respeito da doença. A compreensão do pesquisador se dá porque de algum modo ou de outro os compartilha com os sujeitos que estão sendo investigados.

Magali Roseira Boemer (1994) afirma que a abordagem fenomenológica é um procedimento científico, criador, que solicita grande investimento do pensamento crítico bem como da energia emocional e intelectual. A fenomenologia exige um interesse autêntico em desvelar o fenômeno, encontrar significados, desenvolver compreensão e explorar o fenômeno na maior disparidade possível. Assim, a partir de uma perspectiva fenomenológica, o cuidador e o profissional assistencial de saúde tem a conveniência de mostrar-se a si mesmo a partir de sua subjetividade a qual é mobilizada pela pessoa de quem cuida; ao mesmo tempo, ele motiva a pessoa assistida para conhecer-se também e, nesse interim, a assistência ou o cuidado, como elemento motivador da relação, corresponde a um conhecimento autêntico e criativo que se faz a cada experiência em saúde (SENA *et al.*, 2011). Nem objetivista nem subjetivista, a abordagem fenomenológica antes de ser uma filosofia do espírito é uma via para além desta dicotomia, uma vez que para ela o conhecimento se processa na

intersubjetividade. E esta se constitui em um mundo compartilhado através das relações interpessoais, inclusive para o pesquisador, estruturando-se a partir da experiência comum e diária (OLTRAMARI, 2005).

Alfred Schutz, filósofo e sociólogo austríaco, preconizou a fenomenologia social e a postulou como uma ciência descritiva, rigorosa, concreta e que mostra, explicita e se preocupa com os fenômenos sociais tais como são vivenciados pelos indivíduos. Trata-se de um modelo que objetiva compreender a intersubjetividade, proporcionada pela vivência, isto é, o mundo com os outros, a relação social, sempre com o foco direcionado para o atendimento das ações dos indivíduos e suas relações detentora de significados (CALDEIRA, 2012). Em Schutz, há um enaltecimento da experiência vivenciada pelo indivíduo diante de um fato, pois é a experiência que vai dar significado as ações. Mesmo que apenas uma experiência passada possa ser tida como significativa. E esta experiência vivida só pode ser compreendida por meio de ações exteriores servindo de base para a comunicação e a relação social.

Para Oltramari (2005), a experiência de um fenômeno como comportamento só pode ser avaliada após o acontecido e não no instante do momento em que ocorre a experiência, uma vez que o entendimento sempre terá origem no passado. Portanto, a fenomenologia carrega um fundamental elemento, a intersubjetividade. Onde só compreendemos uma ação feita por alguém, quando nos posicionamos, ao menos em pensamento, em situação análoga por qual passa o indivíduo pesquisado (OLTRAMARI, 2005). A ação do Outro, move nossos atos, ao fazermos algo é a reação do Outro que ambicionamos. O olhar da intersubjetividade é o olhar que tem o Outro como foco. Em nossa pesquisa o outro é o portador do HIV/ AIDS. A AIDS se insere no grupo das doenças crônicas, sendo a que mais consegue mobilizar o ser humano do ponto de vista biopsicossocial.

Do diagnóstico brotam comportamentos, condutas e fenômenos sociais permeados por medos e juízos dos mais diversos frente ao penoso evento, capaz de conduzir o portador a um mundo diferente, onde terá de ser capaz de viver com o HIV/ AIDS. Os adversários à vida, como a concepção de morte imediata, o medo, a ignorância e o preconceito se fazem presentes junto ao vírus e/ ou a síndrome. Objetivando a busca de contribuições de real valor e significado para a ciências das religiões e para as ciências da saúde, norteamos-nos pela abordagem fenomenológica, tendo por lastro de reflexão proposta pela TGI, anteriormente apresentada, para a compreensão do significado da experiência vivida dos seres humanos, sobremaneira no caso do HIV/ AIDS, parte fundamental do mote desta pesquisa. Refletimos sobre o perfil espiritual do portador de HIV/AIDS que fica atrelada a uma forma de relação de sujeitos.

Escolhemos replicar o uso do Spiritual Needs Questionnaire (VALENTE et al., 2018) em João Pessoa, por ter sido validado para a língua portuguesa no Rio de Janeiro em 2018, numa amostragem exclusiva de pacientes HIV+ atendidos num hospital da rede pública de saúde, similarmente às condições e com objetivos harmônicos aos da presente dissertação. Além disto, o conceito de espiritualidade que embasou este questionário procura diferenciar-se dos comportamentos considerados religiosos, especificamente, na literatura médica da área na atualidade (LUCCHETTI.; LUCCHETTI.; VALLADA., 2013; GONÇALVES; LUCCHETTI; MENEZES; VALLADA, 2017), atendendo assim a um dos requisitos da pesquisa em Fenomenologia e, tornando possível a aplicação da Teoria Geral do Imaginário na análise dos Resultados desta replicação, num delineamento de pesquisa multi e interdisciplinar nas Ciências das Religiões.

3 A PESQUISA

3.1 Trabalho de campo

A amostra estudada foram os pacientes acometidos pelo HIV/ AIDS assistidos pelo ambulatório do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF). Para Marconi e Lakatos (2008), população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma das características comuns. Como já mencionamos o CHCF é o estabelecimento assistencial de saúde de referência para o tratamento das doenças infecto contagiosas no Estado da Paraíba, com destaque no atendimento aos portadores de Tuberculose, Hanseníase e HIV/AIDS. Tal categorização do referido estabelecimento foi uma determinante para sua escolha como universo da pesquisa. Portanto, nossa população como dito acima são os pacientes acometidos pelo HIV/AIDS assistidos pelo ambulatório da referida unidade de saúde. Sendo assim vamos dedicar nossa retórica as singularidades destes pacientes em específico.

O registro apresentado na Tabela 1, logo mais abaixo, mostra que o CHCF historiou em 2017, 378 casos de HIV+, sendo 288 (76,2%) em homens e 90 (23,8%) em mulheres. O ano de maior número de registros de casos de HIV+ foi o ano de 2016 com 440 casos, distribuídos em 340 (77,3%) em homens e 100 (22,7%) casos em mulheres. Entre os anos de 2012 e 2017 foram notificados 1081 casos de HIV+ entre homens e mulheres, essas foram 263 (24,3%) e aqueles 818 (75,7%) (CHCF, 2018).

Tabela 1 - Casos de HIV+ notificados no CHCF por ano de notificação e sexo

Sexo	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Masculino	9	12	56	113	340	288	818
Feminino	5	3	24	41	100	90	263
Total	14	15	80	154	440	378	1081

Fonte: CHCF, 2018.

Em relação a faixa etária dos casos de HIV+ notificados no CHCF em 2017, verificou-se um maior número de casos nos indivíduos de idade entre 20 e 39 anos, totalizando 237 casos notificados, seguido dos indivíduos com idade entre 40 e 59 anos, sendo um total de 105 casos notificados (CHCF, 2018), como demonstrado na Tabela 2, adiante.

Tabela 2 - Casos de HIV+ notificados no CHCF em 2017 por idade

Faixa Etária	Total	%
10 – 19 anos	18	4,8
20 – 39 anos	237	62,6
40 – 59 anos	105	27,8
60 anos e +	18	4,8
Total	378	100

Fonte: CHCF, 2018.

A respeito dos casos de AIDS, representados na Tabela 3, no ano de 2017 foram no CHCF notificados 405 casos em adultos, destes 305 (75,3%) em homens e 100 (24,7%) em mulheres. O ano de 2015 registrou o maior número de casos de AIDS, foram 489, divididos em 355 (72,6%) em homens e 134 (27,4%) em mulheres. No período compreendido entre os anos de 2012 e 2017 o CHCF notificou 2471 casos de AIDS, sendo 1709 (69,17%) em homens e 762 (30,83%) em mulheres (CHCF, 2018).

Tabela 3 - Casos de AIDS notificados no CHCF por ano de notificação e sexo

Sexo	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Masculino	287	187	232	355	343	305	1709
Feminino	109	84	105	134	136	100	762
Total	396	271	337	489	479	405	2471

Fonte: CHCF, 2018.

Mais adiante, a Tabela 4 vem apresentar os dados referentes aos casos de AIDS notificados no CHCF no ano de 2017, tendo como base a faixa etária dos indivíduos, a idade variante entre 20 e 39 anos registrou o maior número de casos, 230, seguido pelos 141 casos notificados na faixa etária de 40 a 59 anos de idade (CHCF, 2018).

Tabela 4 - Casos de AIDS notificados no CHCF em 2017 por idade

Faixa Etária	Total	%
10 – 19 anos	17	4,2
20 – 39 anos	230	56,8
40 – 59 anos	141	34,8
60 anos e +	17	4,2
Total	405	100

Fonte: CHCF, 2018.

No quesito que aponta para a categoria de exposição (forma de infecção), a Tabela 5 vai mostrar os casos de AIDS notificados no CHCF no ano de 2017, foram: 207 casos ocorreram entre heterossexuais, seguido por 92 casos entre os homossexuais, 83 entre os ignorados (aqueles que não expuseram seu gênero), 19 casos entre os bissexuais e 2 casos entre heterossexuais usuários de drogas e 2 casos perinatal (transmissão da mãe para o recém-nascido) (CHCF, 2018).

Tabela 5 - Casos de AIDS notificados no CHCF em 2017 por categoria de exposição

Categoria de exposição	Total	%
Ignorado	83	20,5
Homossexual	92	22,7
Bissexual	19	4,7
Heterossexual	207	51,1
Heterossexual/ Drogas	2	0,5
Perinatal	2	0,5
Total	405	100

Fonte: CHCF, 2018.

Foi dessa realidade em que nossa amostra foi optada e, buscou-se escolher uma quantidade considerável, da qual pudéssemos obter um nível de confiança de 95%, o que equivale a 220 pacientes, esses com toda obviedade enquadrados nos critérios de inclusão desta pesquisa, a saber: indivíduos adultos, de todos os gêneros, alfabetizados para leitura, compreensão e preenchimento do SpNQ no momento da aplicação; concordar em participar do estudo com coleta de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ser acometidos pelo HIV/AIDS, atendidos pelo ambulatório do CHCF e de diferentes condições socioeconômicas. Quanto aos critérios de exclusão foram: indivíduos menores de idade e não alfabetizados, incapacitados à leitura, compreensão e preenchimento do SpNQ, ou que se recusem a participar da pesquisa ao não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.1.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o SpNQ de Büssing *et al.* (2018), este foi criado para avaliar, como indicado em seu próprio nome em inglês - *The Spiritual Needs Questionnaire*, as necessidades espirituais dos indivíduos e pode ser aplicado em

grupos religiosos ou não, porque evita, em seus itens, as terminologias religiosas (NEJAT; WHITEHEAD; CROWE, 2016).

Nele, os respondentes indicam se existe ou não uma necessidade específica dentro de quatro domínios, e a força percebida daquela necessidade, numa escala Likert de quatro pontos. Esses quatro domínios, ou fatores, estabelecidos em sua versão original alemã, foram encontrados numa amostra de 210 adultos doentes crônicos (incluindo cânceres). Tais fatores explicaram 67% da variância, e foram denominados de: Necessidades Religiosas (com 6 itens, por exemplo: Rezar com ou pelos outros, participar de cerimônias religiosas); Necessidades de Paz Interior (5 itens, como: Passar algum tempo em um local de paz e tranquilidade); Necessidades Existenciais (5 itens, como: Refletir sobre a vida e Encontrar sentido na doença ou no sofrimento) e Doação Ativa (3 itens, como: Transmitir as suas experiências de vida para outros).

O SpNQ já foi traduzido e validado em polonês, chinês, inglês e persa. Sua consistência interna tem variado entre 0,82 a 0,90 no alemão, 0,74 a 0,92 em polonês, 0,51 a 0,81 em chinês e 0,79 a 0,92 em inglês e persa (NEJAT; WHITEHEAD; CROWE, 2016). Foi traduzido e validado no Brasil, apresentando consistência interna 0,51 a 0,83 (VALENTE *et al.*, 2018).

Em nosso instrumento de pesquisa também há um pequeno questionário que busca identificar características sociodemográficas do nosso entrevistado, como: gênero, idade, grau de instrução, realização de prática religiosa pelo menos duas vezes por semana e, qual religião professa.

3.1.2 Procedimento de coleta de dados

O processo de levantamento dos dados teve seu início com a aprovação do projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em parecer de número 2.564.096 deste, o que assegurou que esse trabalho observou todas as decisões contidas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa também foi aprovado pela direção geral do CHCF, via núcleo de educação permanente dele, sendo aprovada por termo de anuência para realização desta pesquisa. Após as aprovações, por meio do seguimento de todos trâmites legais, foi realizada a

aplicação do SpNQ, com os pacientes acometidos pelo HIV/AIDS atendidos no ambulatório do hospital, unidade de saúde determinada como universo da pesquisa.

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, acima apresentados, a amostra foi selecionada no ambulatório do CHCF, quando estes aguardavam a realização de consulta de enfermagem e médica ou quando vinham receber a medicação para início ou continuidade do seu tratamento. Quanto à aplicação do SpNQ, ocorreu em dias de semana, seguindo a rotina de funcionamento do ambulatório, nos turnos da manhã e tarde, mais precisamente no período das 6h:00min às 11h:30min e das 12h:30min às 16h:30min. Sendo de forma individual, salvaguardando todas as necessidades do entrevistado, inclusive o afastamento dele do hall do ambulatório quando solicitado.

O questionário foi aplicado em um encontro único com cada entrevistado, respeitando o tempo de cada um destes para leitura pessoal e preenchimento do instrumento. É mister salientar que a aplicação deste instrumento se deu de forma assistida pelo pesquisador. E a firma em TCLE era prerrogativa *sinequa non* para participação na pesquisa. Nenhum participante teve sua imagem coletada, uma vez que esta não era de interesse da pesquisa, ou seja, eles tiveram sua imagem resguardada. Assim, cumprindo as obrigações legais, os dados que subsidiaram esta pesquisa ficarão arquivados em acervo pessoal, sob nossa responsabilidade por um período de cinco anos, após este período, serão desconfigurados.

3.2 Análise estatística

Para o alcance daquilo que foi proposto nos objetivos desse trabalho, os dados foram tabulados e analisados nos *softwares* estatísticos IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences for Windows*) versão 21 e R Studio 3.4.1; a partir das seguintes técnicas: Estatísticas descritivas e Intervalo de Confiança; Análise Fatorial Exploratória; Análise de Consistência Interna; Teoria de Resposta ao Item; Análise de Variância (ANOVA de um fator independente).

3.2.1 Estatísticas Descritivas

Com a finalidade de traçar o perfil da amostra em relação às variáveis sociodemográficas, bem como às pontuações nos Componentes da SpNQ, utilizou-se de

cálculos frequência (porcentagens), média e desvio padrão. Além disso, estimou-se intervalos de confiança de 95% para a média dos componentes.

3.2.2 Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A *exploratory factor analysis* ou análise fatorial exploratória (AFE) se configura como uma das técnicas de maior uso para o tratamento de dados nas mais diversas áreas do conhecimento científico. Esta se refere a uma técnica pertencente a análise fatorial que objetiva a identificação das relações presentes entre as variáveis mensuradas, com o intuito de identificar dentre elas quais são as mais representativas. A AFE permite uma identificação de grupos ou de agrupamentos de variáveis, sendo capaz de reduzir um conjunto de dados, a partir de um grupo de variáveis inter-relacionadas em um conjunto menor (HONGYU, 2018; FIELD, 2009).

Para Hongyu (2018), algumas etapas se apresentam como necessárias para implementação da AFE e, a primeira delas é, certificar se a aplicação deste tipo de análise possui validade para as variáveis que foram escolhidas e, para isto, é comum a utilização de dois métodos de avaliação, a saber: o critério de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o *Teste de esfericidade de Bartlett*. O índice de KMO, conhecido também como índice de adequação, ou de adequabilidade, da amostra, é um teste estatístico que recomenda a proporção de variância dos itens que pode estar sendo ilustrada por uma variável latente e, tal índice indica a viabilidade de se fazer uso desta análise para o conjunto de dados, sendo adequado valores acima de 0,60.

No segundo método, que é o Teste de esfericidade de Bartlett, pode observar se a matriz de covariâncias da amostra se estrutura ou não numa matriz de identidade. É possível também com este teste medir a significância total de todas as correlações numa matriz de dados (HONGYU, 2018; PASQUALI, 2009; FIELD, 2009). “Em geral, os resultados dos testes de KMO e de esfericidade de Bartlett tendem a ser uniformes, aceitando ou negando a possibilidade de fatoração da matriz de dados” HONGYU, 2018, p. 90).

Para extração das dimensões, usou-se do método Análise dos Componentes Principais (ACP) e, após confirmação de que os dados são passíveis de fatoração, analisou-se valores das comunalidades dos itens, valores próprios, variância explicada dos componentes e cargas fatoriais, que representam a importância do item para o componente. O *Critério de Kaiser*

(Valores próprios > 1) e Análise Paralela (Critério de Horn) foram utilizados para a decisão da quantidade de dimensões. As cargas fatoriais passaram por rotação varimax, sendo consideradas cargas satisfatórias aquelas com valores acima de 0,40 (PASQUALI, 2009).

3.2.3 Análise de Consistência interna

A confiabilidade é uma das qualidades de uma medição que deve ser levada em consideração no desenvolvimento de um instrumento de coleta de dados, sendo assim compreendida como o grau com que as medidas estão isentas de erros aleatórios. Os manuais exibem a consistência interna como sendo o grau em que os itens, ou as perguntas, do instrumento de coleta de dados, ou do questionário, apresentam correlações entre si e com o resultado total da pesquisa, assim representando assim uma medida de confiabilidade do mesmo. O propósito da consistência interna é a avaliação do grau de confiabilidade apresentado por uma inspeção ou itens de teste que são projetados para aferir a mesma construção, buscando expor se tais inspeções ou itens de teste verdadeiramente arranjam essa medição (FREITAS; RODRIGUES, 2005).

Atualmente a estatística mais utilizada para se avaliar a consistência de um questionário é o *Alfa de Cronbach*. Como prerrogativa para se usar medidas de consistência interna, os itens precisam estar estruturados num instrumento único de medição e ser aplicado em um grupo de pessoas numa determinada ocasião para se evitar variáveis capazes de confundir o que se busca com o instrumento. O Alfa então vai medir a correlação entre respostas em um questionário, por meio da apreciação do perfil das respostas fornecidas pela amostra. Seria uma correlação média entre perguntas, uma vez que todos os itens de um questionário fazem uso da mesma escala de medição, o coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador (HORA; MONTEIRO; RICA, 2010). De acordo com Pasquali (2009), valores de α acima de 0,60 são adequados para nível de pesquisa

3.2.4 Teoria de resposta ao item

Teoria de resposta ao item (TRI) é uma teoria do traço latente e, refere-se a um contíguo de modelos matemáticos que a partir da consideração do item como unidade básica de análise, procura representar a probabilidade de um indivíduo fornecer uma determinada resposta a um item como função dos parâmetros do item e da habilidade (ou habilidades) daquele que responde. De modo geral, a TRI permitem a mensuração de determinadas características dos indivíduos avaliados (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Com a TRI se realiza uma avaliação do desempenho do sujeito frente ao item (quer seja comportamento ou efeito observado diretamente), além da forma como tal resposta é oferecida (ou seja, suas causas), isto levando em consideração o conjunto das variáveis e a intensidade do traço latente que se faz presente no indivíduo. Desta forma, as conclusões não estão amarradas ao teste ou questionário de modo geral, mas a cada item que o constitui. Logo, sua análise deriva em um grupo de itens válidos, consentindo a elaboração de numerosos testes (LIMA, 2018; ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Para itens do tipo politômicos, usou-se o *Samejima's Graded Response Model* (SGRM; Samejima, 1969) que oferece dois parâmetros, a saber: a discriminação (a) e dificuldade (b), os quais podem variar de item para item. A discriminação se refere ao poder do item em diferenciar os sujeitos com aptidões diferentes, sendo considerada satisfatória valores acima de 0,60 (NAKANO; PRIMI; NUNES, 2015). Enquanto a dificuldade se refere ao nível de θ necessário para um indivíduo marcar determinadas categorias de resposta. O uso do SGRM é apropriado quando temos instrumentos com itens de respostas categóricas e ordenadas, não sendo necessário que todos os itens tenham o mesmo número de categorias de respostas (LIMA, 2018). Além dos parâmetros a e b , avalia-se a quantidade de informação dos itens (precisão), as curvas de informação e curvas características dos itens (CCIs).

As CCIs foram avaliadas de acordo com padrões, como recomendado por Sales (2017): o *Padrão 1* representa os itens em que as três categorias de resposta intermediárias foram sobrepostas pelas categorias das extremidades (valores 0 e 3); o *Padrão 2* consiste naquelas CCIs em que apenas uma das categorias de resposta, dentre as duas categorias intermediárias (1 e 2), apresentou maior probabilidade de endosso do que as demais em algum ponto do nível de θ ; e o *Padrão 3* ocorre quando todas as categorias de resposta em algum ponto da escala de θ tinha maior probabilidade de endosso que as demais. Este último é o padrão mais desejável.

3.2.5 Análise de Variância

Visando comparar as pontuações dos indivíduos nos componentes da *SpNQ-BR* em relação às variáveis sociodemográficas (Gênero, idade, escolaridade e frequência religiosa) foram utilizadas análises de variâncias (ANOVA de um fator independente), considerando um nível de probabilidade de erro (p) de 5%.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil da Amostra

A respeito das variáveis sociodemográficas, a maioria dos participantes é do gênero masculino (49%), com idades entre 30 e 49 anos (53,5%) e com Ensino Médio Completo (26,1%). Apenas 10,2% da amostra afirmou participar de alguma atividade religiosa, dentre as quais foram citadas: ir à igreja, participar de cultos, corais, louvor, rezar/orar e doutrinar. Um participante relatou ser ministro de louvor e outra, Pastora evangélica. As religiões mais frequentes foram a Católica (15,2%) e Evangélica (8,9%). Estas informações são detalhadas na Tabela 6, abaixo.

Tabela 6 - Perfil sociodemográfico e religioso

Variáveis	f	%
Gênero		
Masculino	77	49,0
Feminino	55	35,0
Outro	25	15,9
Idade		
Menos de 30 anos	19	12,1
Entre 30 e 49 anos	84	53,5
Entre 50 e 70 anos	44	28,0
Ausente	10	6,4
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	23	14,6
Ensino Fundamental Completo	37	23,6
Ensino Médio Incompleto	14	8,9
Ensino Médio Completo	41	26,1
Ensino Superior Incompleto	10	6,4
Ensino Superior Completo	31	19,7
Ausente	1	0,6
Atividade Religiosa 2x na semana		
Não	109	69,4
Sim	16	10,2
Ausente	32	20,4
Qual religião		
Católica	24	15,2
Católica com outras religiões	2	1,3
Evangélica	14	8,9
Espírita	5	3,2
Afro-brasileira	2	1,3
Outras	2	1,3
Ausente	108	68,8

Nota: f = Frequência; % = Porcentagem.

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

4.2 Validade de Construto e Consistência Interna da SpNQ

Inicialmente efetuou-se uma Análise fatorial dos Eixos principais sem fixar o número de fatores. O KMO igual a 0,67 e Teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo [$X^2 (351) = 934,86$; $p < 0,001$] indicaram que os itens são passíveis de fatoraçoão. As comunalidades variaram entre 0,18 (item 2) a 0,71 (item 6).

A partir do critério de Kaiser (Autovalores > 1) indicou-se a extração de 10 fatores com autovalores entre 1,01 a 4,10 que explicaram conjuntamente 64,61% da variância total. Entretanto, este critério tende a superestimar o número de fatores existentes. Por isso, procedeu-se com o critério de Horn (Análise Paralela) com 1000 simulações. O resultado indicou evidências de cinco fatores, visto que o fator 6 da análise paralela (1,38) apresentou valor próprio maior do que o fator 6 do critério de kaiser (1,33).

Dessa forma, uma nova análise fatorial com rotação varimax foi realizada fixando a estrutura em 5 fatores que explicaram 47,6% da variância total. Observou-se que 4 itens (16, 17, 24, 27) apresentaram cargas fatoriais abaixo de 0,40, sendo eliminados das análises posteriores. Após eliminação dos itens, a estrutura final resultante de cinco fatores segue na Tabela 7, abaixo.

Tabela 7 - Estrutura Fatorial da SpNQ-BR

	M	DP	Correlaçã o item- total	α se o item for deletado	Componentes					h²	
					I	II	III	IV	V		
1 – Necessidades Religiosas (Autovalor = 3,67; α = 0,73)											
19. Que alguém reze por você NR	1,63	1,10	0,59	0,67	0,73	0,05	-0,21	0,16	-0,01	0,66	
18. Rezar/orar com alguém NR	1,44	1,08	0,52	0,69	0,65	0,14	-0,11	0,37	-0,00	0,64	
14. Abrir mão, doar algo seu	1,29	1,06	0,49	0,69	0,62	0,09	-0,15	0,13	0,22	0,56	
20. Rezar para si mesmo NR	1,82	0,90	0,37	0,72	0,56	0,00	0,14	0,20	-0,36	0,60	
23. Voltar-se para uma presença maior (ex.: Deus, Alá) NR	2,00	0,95	0,37	0,72	0,54	-0,02	0,25	-0,02	-0,03	0,39	
13. Voltar-se para alguém em uma atitude de amor	1,77	1,08	0,35	0,72	0,52	0,06	0,09	-0,33	0,10	0,54	
15. Consolar alguém	1,70	1,06	0,40	0,71	0,49	0,12	-0,06	-0,07	0,28	0,41	
26. Transmitir sua própria experiência de vida a outras pessoas NE	1,75	1,03	0,32	0,73	0,46	0,14	0,17	-0,15	0,03	0,48	
Paz Interior e Necessidade de Apoio Familiar (Autovalor = 2,20; α = 0,64)											
7. Permanecer em um lugar de quietude e paz PI	2,60	0,77	0,45	0,58	0,13	0,72	0,20	-0,03	0,09	0,62	
8. Encontrar paz interior PI	2,58	0,83	0,40	0,59	0,01	0,66	-0,07	0,18	0,14	0,58	
6. Ter mais contato com a beleza da natureza PI	2,58	0,76	0,31	0,62	-0,04	0,65	0,43	0,08	0,11	0,72	
30. Receber mais suporte de sua família NAF	1,86	1,11	0,48	0,56	0,11	0,61	-0,23	0,12	-0,06	0,56	
28. Ser inserido novamente nas preocupações de seus familiares NAF	1,87	1,08	0,38	0,60	0,33	0,44	-0,27	0,04	-0,12	0,63	
25. Sentir-se conectado com sua família NAF	1,90	1,03	0,26	0,65	0,11	0,41	-0,25	-0,20	-0,22	0,70	

Necessidades Existenciais (Autovalor = 1,92; α = 0,49)										
12. Falar com alguém sobre a possibilidade de vida após a morte NE	0,86	1,14	0,39	0,31	-0,19	-0,00	0,79	-0,06	-0,00	0,69
11. Falar com alguém sobre o significado da vida NE	1,21	1,01	0,30	0,40	0,23	-0,04	0,55	0,13	-0,02	0,67
2. Falar com os outros sobre seus medos e preocupações	2,05	0,68	0,26	0,45	0,16	-0,02	0,43	-0,05	0,29	0,31
10. Encontrar sentido na doença e/ou sofrimento NE	1,28	1,10	0,21	0,49	-0,20	-0,08	0,36	0,19	0,23	0,32
Necessidades de Reconhecimento Social (Autovalor = 1,70 α = 0,54)										
21. Participar de uma cerimônia religiosa (ex.: missa, culto) NR	1,52	1,20	0,38	0,40	0,07	-0,028	0,09	0,73	0,01	0,58
3. Que alguém da sua comunidade religiosa (ex.: pastor, padre) cuidasse de você NR	0,88	1,06	0,40	0,38	0,00	0,22	-0,08	0,70	0,12	0,70
22. Ler livros religiosos/espirituais NR	1,19	1,16	0,29	0,54	0,10	0,14	0,32	0,48	-0,28	0,47
Necessidades de Domínio do Tempo (Autovalor = 1,39 α = 0,57)										
4. Refletir sobre seu passado PI	1,31	1,09	0,40	-	0,04	0,01	0,21	-0,10	0,73	0,61
5. Resolver aspectos "em aberto", problemas pendentes na sua vida	1,14	1,10	0,40	-	0,16	0,08	-0,00	0,16	0,72	0,69

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Em relação ao primeiro componente Necessidades Religiosas, quatro itens saturaram corretamente. Já os itens 13, 15 e 26 não eram originalmente do fator Necessidades Religiosas. A consistência interna foi de 0,73. O segundo componente agrupou os componentes Paz Interior (itens 6, 7 e 8) e Necessidades de Apoio Familiar (itens 25, 28 e 30), com três itens de cada. A consistência interna foi de 0,64. Com a eliminação do item 25 a consistência aumenta para 0,65. No terceiro componente foram agrupados itens acerca das Necessidades Existenciais. Apenas o item 2 não era originalmente deste componente. A consistência interna foi baixa (0,49).

Os dois últimos componentes apresentaram-se diferentemente dos estudos anteriores. O quarto componente agrupou itens do Fator Necessidades Religiosas que se referem a prática religiosa, e, portanto, foi nomeado de Necessidades de Reconhecimento Social. A consistência interna foi de 0,54. O último componente agrupou somente dois itens: o item 4 de reflexão sobre o passado (originalmente do componente Paz interior) e o item 5, referente a resolução de problemas pendentes. Assim sendo, o componente foi nomeado de Necessidades de Domínio do Tempo. A consistência interna foi de 0,57.

A estrutura final no presente estudo apresentou cinco componentes: Necessidades Religiosas (13, 14, 15, 18, 19, 20, 23 e 26); Paz interior/Apoio Familiar (6, 7, 8, 25, 28 e 30); Necessidades Existenciais (2, 10, 11 e 12); Necessidades de Reconhecimento Social (3, 21 e 22); e Necessidades de Domínio do Tempo (4 e 5).

4.3 Análise dos Itens a partir da Teoria de Resposta ao Item

Realizou-se uma análise dos itens da *SpNQ* a partir da Teoria de Resposta ao Item com o modelo de Modelo de Respostas Graduais de Samejima. Os parâmetros dos itens encontram-se na Tabela 8, disposta abaixo.

Tabela 8 - Parâmetros dos Itens da *SpNQ*

Fatores/Itens	a	b_1	b_2	b_3	$I(\theta; -3; +3)$
Necessidades Religiosas					18,06
13	0,77	-2,22	-0,66	1,03	0,98
14	1,36	-0,99	0,42	1,41	2,49
15	0,85	-2,11	-0,34	1,17	1,17
18	1,84	-0,95	0,12	1,01	3,77
19	2,57	-0,96	-0,15	0,70	5,76
20	1,09	-3,00	-0,49	1,08	1,79
23	0,93	-2,96	-1,22	0,65	1,32
26	0,66	-2,91	-0,76	1,46	0,74
Paz Interior e Apoio Familiar					14,70
6	1,79	-2,76	-1,67	-0,80	2,98
7	3,03	-2,30	-1,49	-0,78	6,29
8	1,91	-2,17	-1,73	-0,95	2,98
25	0,30	-6,50	-2,17	1,90	0,17
28	0,72	-2,42	-1,12	0,89	0,85
30	0,98	-1,86	-0,72	0,59	1,41
Necessidades Existenciais					7,89
2	0,73	-2,01	1,55	NA	0,83
10	0,53	-1,45	0,58	3,00	0,50
11	0,83	-1,12	0,66	2,65	1,12
12	2,89	0,21	0,61	1,20	5,42
Necessidades de Reconhecimento Social					6,20
3	1,69	0,03	0,90	1,68	3,00
21	1,67	-0,84	0,10	0,70	2,94
22	0,88	-0,61	0,72	1,73	1,16
Necessidades de Domínio do Tempo					11,07
4	3,75	-0,62	0,28	0,94	9,45
5	1,08	-0,35	0,38	2,14	1,61

Nota: a – Discriminação; b_1, b_2, b_3, b_4 – *Thresholds*; $I(\theta; -3; +3)$ – Área de informação entre os thetas -3 e +3.

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Os itens do componente Necessidades Religiosas evidenciaram discriminações entre 0,66 (*item 26. Transmitir sua própria experiência de vida a outras pessoas*) e 2,57 (*item 19. Que alguém reze por você*). Todos os itens apresentaram discriminação satisfatória (>

0,60). Observa-se também que os itens abrangeram uma ampla porção do *theta*, dado os valores *b* (*thresholds*) entre -3,0 (*b*₁ do item 20) e 1,46 (*b*₃ do item 26). Os itens 14 (*Abrir mão, doar algo seu*) e 26 apresentaram maior nível de dificuldade, pois são necessários maiores valores de *theta* para concordarem com a categoria 3 (Muito forte). O item com maior área de informação foi o 19 e informação geral do componente foi 18,06.

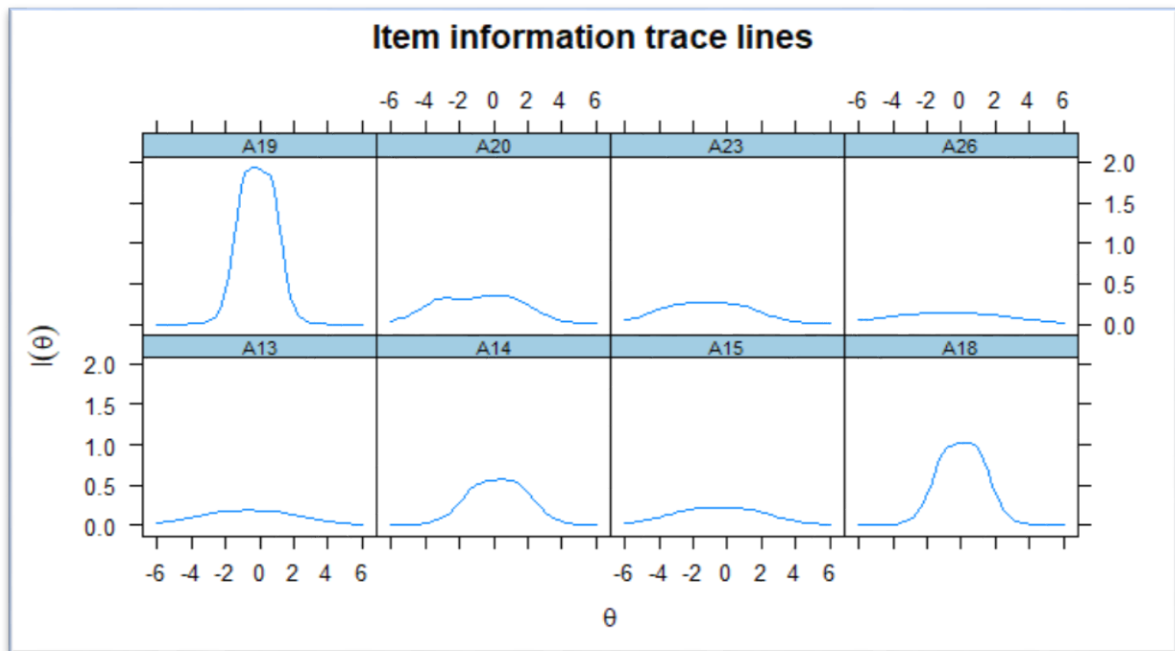
As discriminações do componente Paz Interior e Apoio Familiar variaram entre 0,30 (item 25. *Sentir-se conectado com sua família*) a 3,03 (item 7. *Permanecer em um lugar de quietude e paz*). O item 25 discrimina os indivíduos de forma insatisfatória (< 0,60). Os valores *b* variaram entre -6,5 (*b*₁ do item 25) e 1,90 (*b*₃ do item 25). O item 25 se mostrou com maior dificuldade para os indivíduos, devido ao alto valor de *theta* necessário para escolher a categoria 3. O item com maior área de informação foi o 7 (6,29) e a informação do componente foi 14,7.

Os itens do componente Necessidades Existenciais ofereceram discriminações entre 0,53 (item 10. *Encontrar sentido na doença e/ou sofrimento*) a 2,89 (item 12. *Falar com alguém sobre a possibilidade de vida após a morte*). Apenas o item 10 apresentou baixa discriminação. Verificou-se ainda que os itens abrangeram uma ampla porção do *theta*, dado os valores *b* (*thresholds*) entre -2,01 (*b*₁ do item 2) e 3,0 (*b*₃ do item 10). Todos os itens apresentaram alta dificuldade, dado os altos valores de *theta* necessários. A categoria 4 não foi endossada pelos indivíduos no item 2. O item com maior área de informação foi o 12 (5,42) e informação geral do componente foi 7,89.

O componente Necessidades de Reconhecimento Social apresentou discriminações entre 0,88 (item 22. *Ler livros religiosos/espirituais*) a 1,69 (item 3. *Que alguém da sua comunidade religiosa (ex.: pastor, padre) cuidasse de você*). Todos os itens discriminam os indivíduos de forma adequada. Os valores *b* variaram entre -0,84 (*b*₁ do item 21) e 1,68 (*b*₃ do item 3). Os itens 3 e 22 revelaram ter maior dificuldade. O item 3 apresentou maior área de informação e a informação total do fator foi 6,20.

O quinto e último fator, Necessidades de Domínio do Tempo, apresentou altas discriminações entre 1,08 (item 5. *Resolver aspectos "em aberto", problemas pendentes na sua vida*) a 3,75 (item 4. *Refletir sobre seu passado*). Os valores *b* variaram entre -0,62 (*b*₁ do item 4) e 2,14 (*b*₃ do item 5), sendo o item 5 o mais difícil. O item mais informativo foi 4 (9,45) e informação total foi de 11,07. Em seguida analisamos as Curvas de Informação Total dos itens (CITs) e as Curvas Características dos itens (CCIs) separadamente por componente.

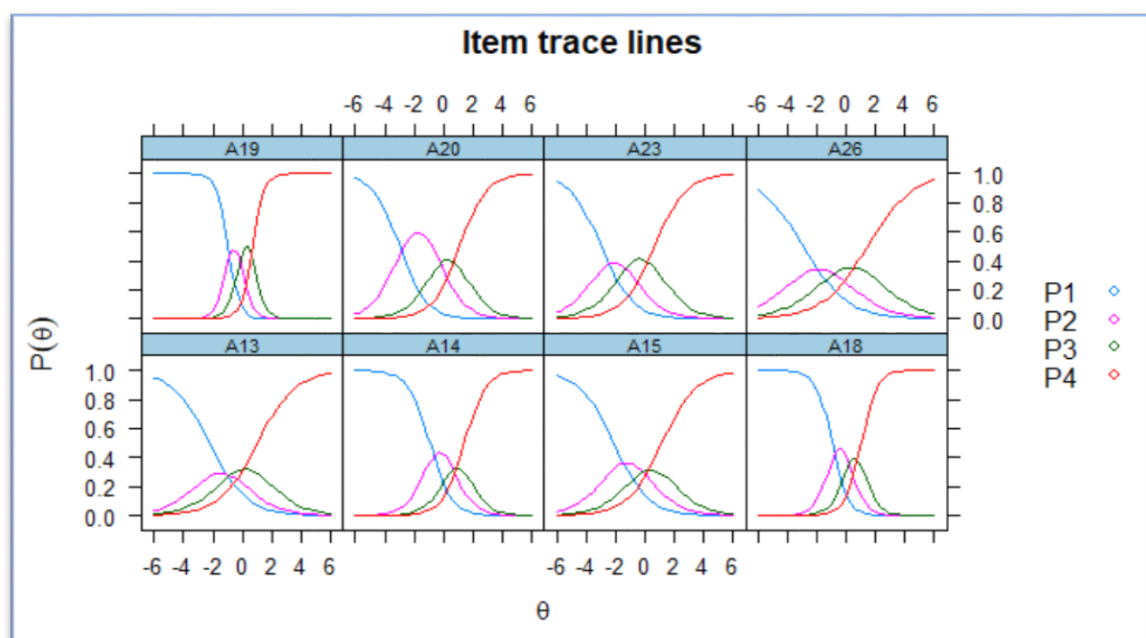
Figura 1 - CITs do Componente Necessidades Religiosas



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

A partir das curvas de informação dos itens do componente Necessidades Religiosas, observou-se que os itens com maior informação foram o 14, 18, 19 e 20, além disso mostraram-se mais precisos para estimar níveis de *theta* intermediários (em torno de zero). Já os itens 13, 15, 23 e 26 mostraram-se menos precisos para estimar os níveis de *theta*.

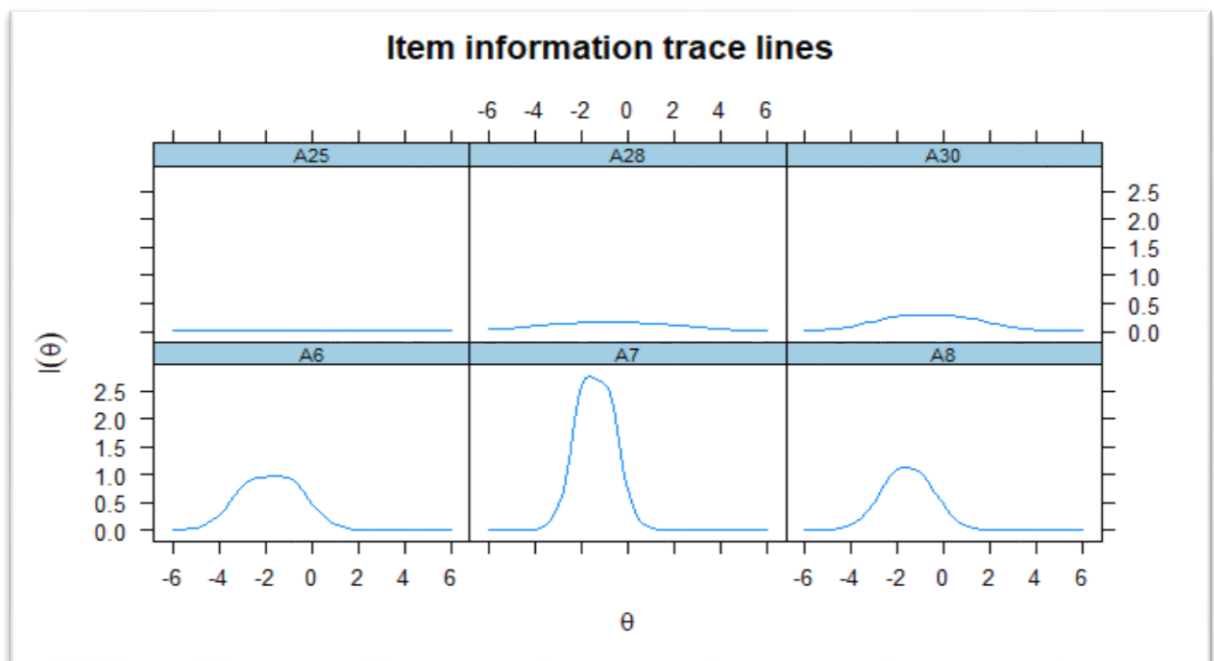
Figura 2– CCIs do componente Necessidades Religiosas



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Observou-se que as categorias dos itens 18, 19, 20, 23 e 26 se distribuíram diferencialmente ao longo dos níveis de *theta* de acordo com o *Padrão 3* (mais desejável), no qual todas as categorias têm uma maior probabilidade em um ponto específico do *theta*. Por outro lado, os itens 13, 14 e 15 apresentam maior probabilidade de respostas extremadas 1 (0 = Não) ou 4 (3 = Muito forte), e apenas uma das categorias intermediárias, representando o *Padrão 2*.

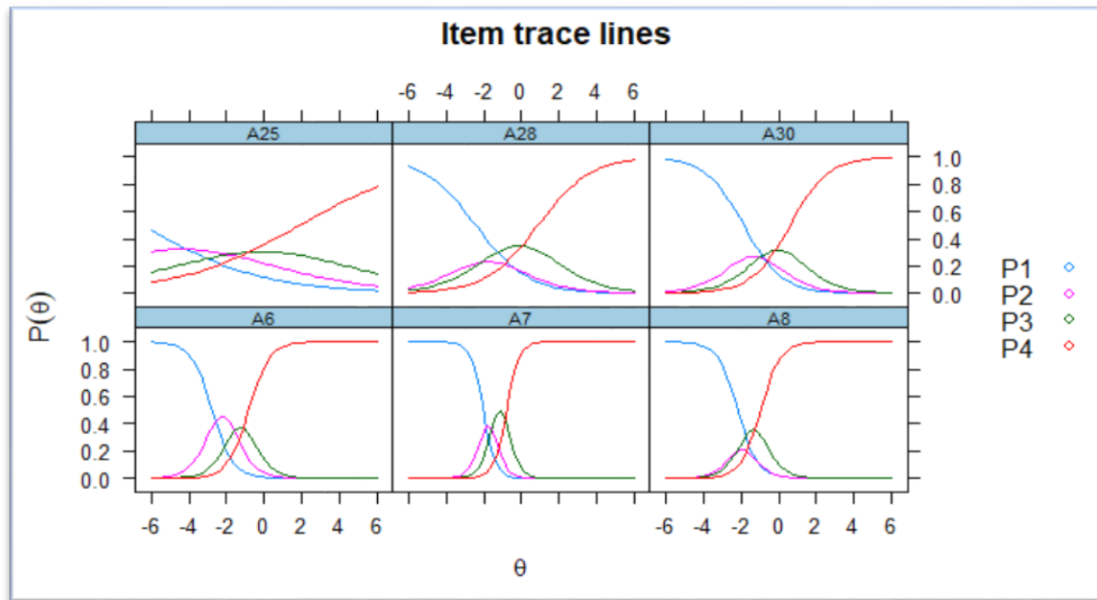
Figura 3 - CITs do Componente Paz interior e Necessidade de Apoio Familiar



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

As curvas de informação dos itens do componente Paz interior e Necessidade de Apoio Familiar evidenciaram que os 6, 7 e 8 possuem maior informação, além disso mostraram-se mais precisos para estimar níveis de *theta* entre -3 e 0. Já os itens 13, 15, 23 e 26 mostraram-se menos precisos para estimar os níveis de *theta*.

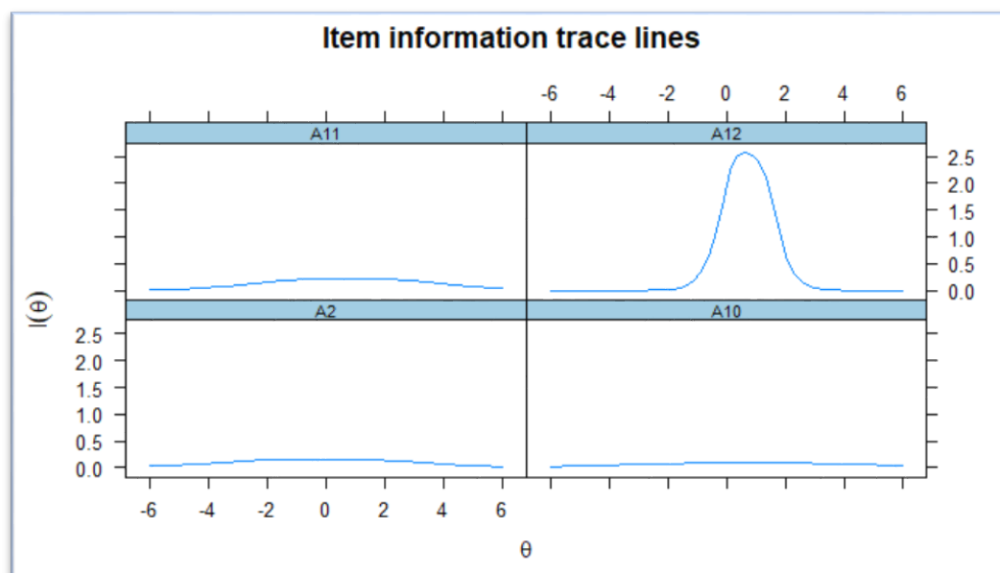
Figura 4 -: CCIs do componente Paz interior e Necessidade de Apoio Familiar



Fonte: Dados da pesquisa (SILVA, 2018).

A partir das CCIs do componente Paz interior e Necessidade de Apoio Familiar, verificou-se que as categorias do item 6 se distribuíram diferencialmente ao longo dos níveis de theta de acordo com o *Padrão 3* (mais desejável), no qual todas as categorias têm uma maior probabilidade em um ponto específico do theta. Por outro lado, os demais itens 7, 8, 25, 28 e 30 apresentam maior probabilidade de respostas extremadas 1 (0 = Não) ou 4 (3 = Muito forte), e apenas uma das categorias intermediárias, representando o *Padrão 2*. O item 25 apresentou maior probabilidade da categoria 4 (3 = Muito forte).

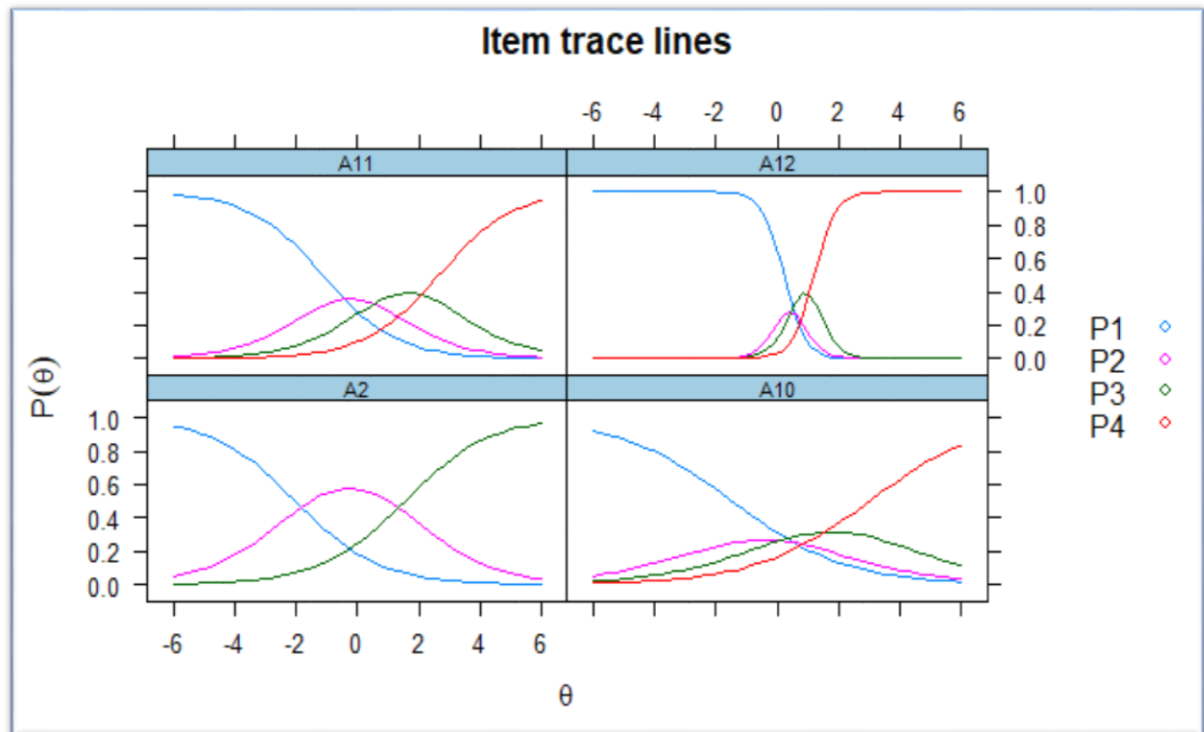
Figura 5 - CITs do Necessidades Existenciais



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

A partir das curvas de informação dos itens do componente Necessidades Existenciais, observa-se que o item 12 representa o item com maior informação, sendo mais preciso para estimar níveis de *theta* intermediários. Por outro lado, os itens 2, 10 e 11 apresentaram baixa informação.

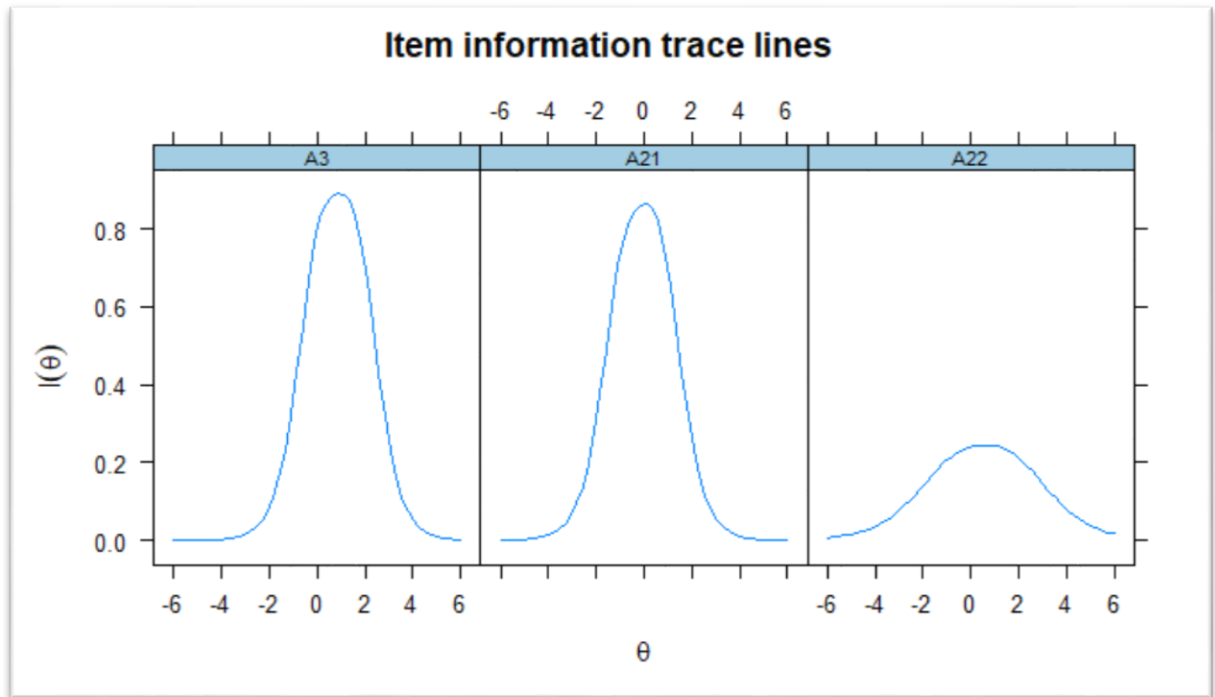
Figura 6 - CCI's do componente Necessidades Existenciais



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

As CCI's do componente Necessidades Existenciais evidenciaram que categorias do item 2 e 11 se distribuíram diferencialmente ao longo dos níveis de *theta* de acordo com o *Padrão 3* (mais desejável), no qual todas as categorias têm uma maior probabilidade em um ponto específico do *theta*. No item 2 (Falar com os outros sobre seus medos e preocupações), particularmente, a categoria 3 (muito forte) não foi marcada pelos indivíduos. Já os itens 10 e 12 apresentam maior probabilidade de respostas extremadas 1 (0 = Não) ou 4 (3 = Muito forte), e apenas uma das categorias intermediárias, representando o *Padrão 2*.

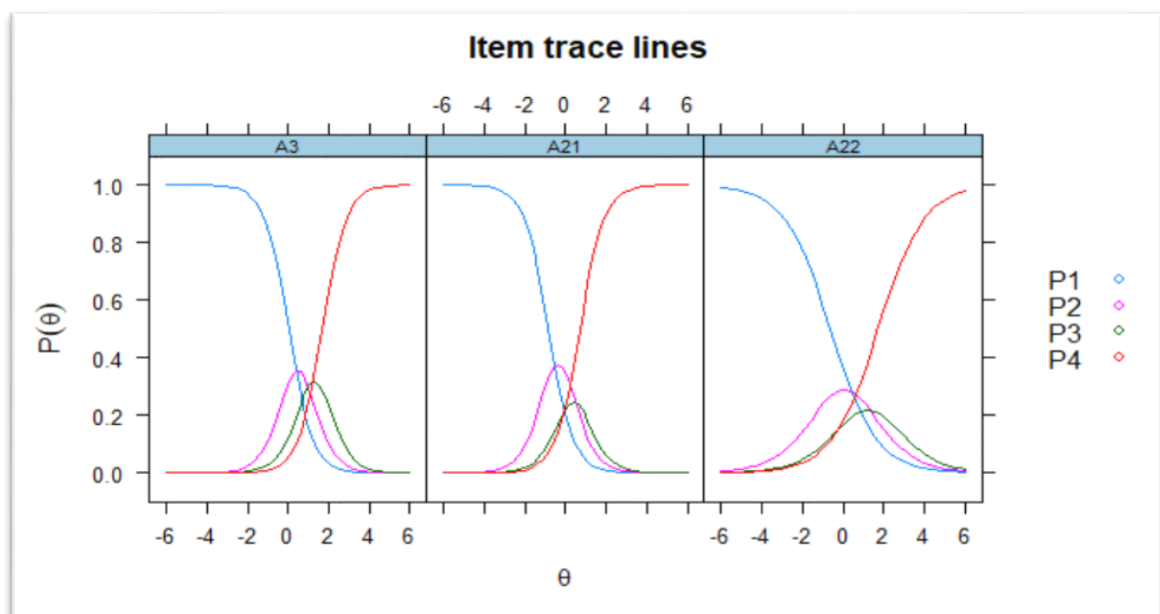
Figura 7 - CITs do componente Necessidades de Reconhecimento Social



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

A partir das curvas de informação dos itens do componente Necessidades de Reconhecimento Social, observa-se que todos os itens apresentam picos de informação abaixo de 1, sendo os itens 3 e 21 os mais precisos para estimar níveis de *theta* intermediários. Por outro lado, o item 22 apresenta menor precisão.

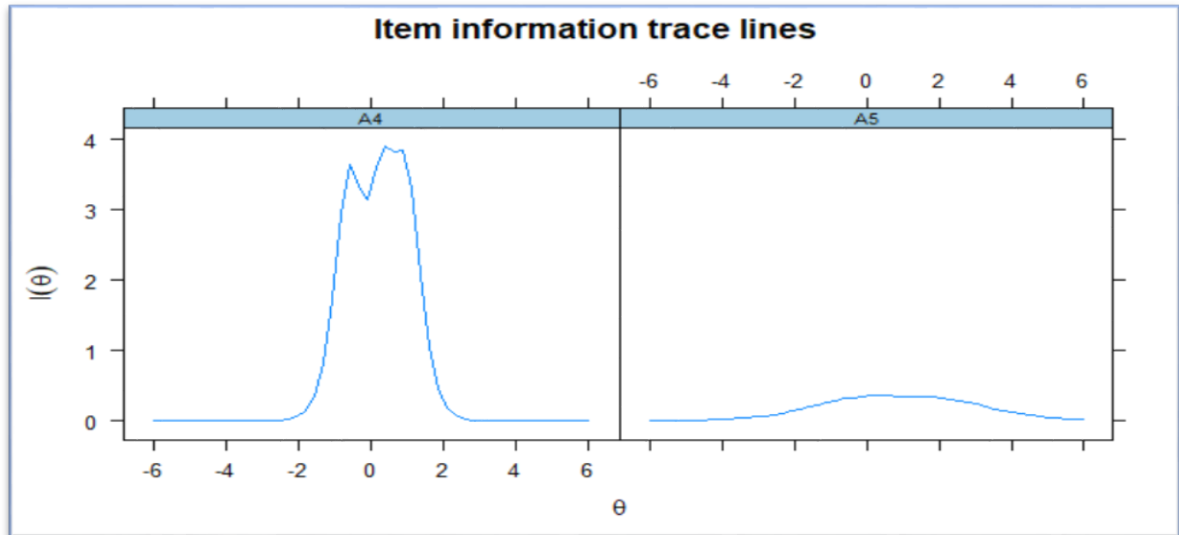
Figura 8 - CCIs do componente Necessidades de Reconhecimento social



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

A partir das CCI's do componente Necessidades de Reconhecimento social observa-se que os itens 3 e 21 apresentam Padrão 2, maior probabilidade de respostas extremadas 1 (0 = Não) ou 4 (3 = Muito forte) e apenas uma das categorias intermediárias, representando o *Padrão 2*. Já o item 22 com Padrão 1 (menos desejável) e maior probabilidade de respostas extremadas.

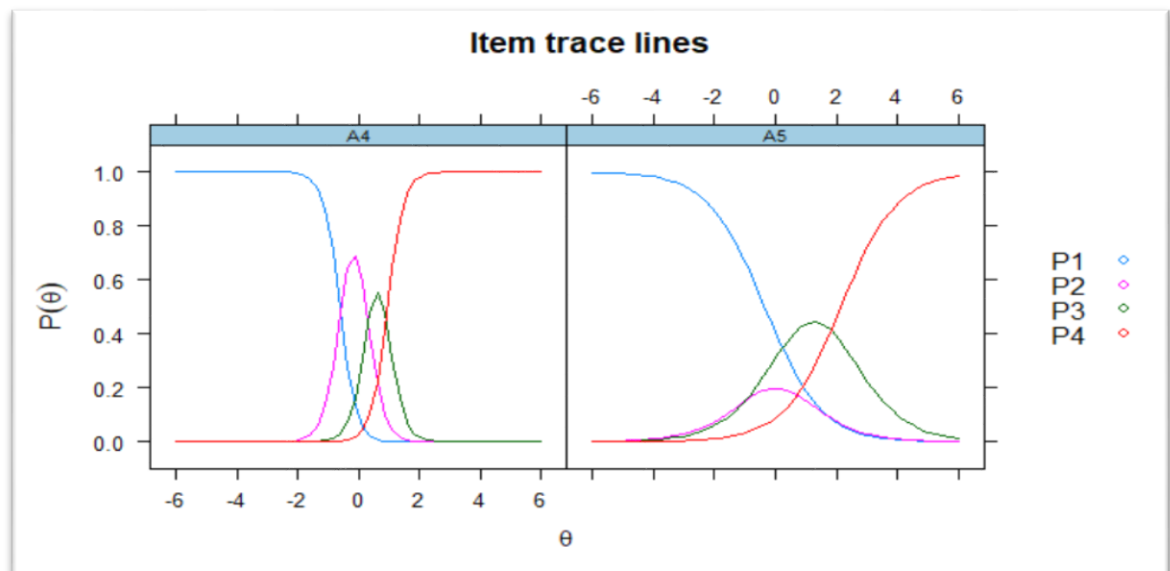
Figura 9 - CITs do componente Necessidades de Domínio do Tempo



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Em relação ao componente Necessidades de Domínio do Tempo, observa-se o item 4 mostrou-se mais preciso para estimar níveis de *theta* intermediários, enquanto o item 5 apresenta baixa informação.

Figura 10 -CCIs do Componente Necessidades de Domínio do Tempo



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

A partir das CCI's do componente Necessidades de Domínio do Tempo observa-se que o item 4 apresenta *Padrão 3*, pois há probabilidades de todas as categorias serem endossadas ao longo dos níveis de *theta*. Já o item 5 apenas uma categoria intermediária é mais provável, representando o *Padrão 2*.

De modo geral, os itens refletiram discriminação satisfatória e amplitude nas faixas de *theta*. Além disso, observou-se que a escala oferece itens de dificuldade variada capazes de ser mais precisos para níveis de necessidades intermediários. As CCI's mostraram padrão satisfatório para maioria dos itens, entretanto se ressalta que o padrão mais comum foi a maior probabilidade de respostas extremadas (Não ou Muito Forte).

4.4 Perfil da Amostra em Necessidades Espirituais

Após computar o escore total dos indivíduos nos componentes, por meio do somatório dos itens dividido pelo número de itens de cada componente, pode-se traçar um perfil da amostra nas necessidades religiosas, como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 9 - Perfil da amostra nos Componentes da SpNQ

Componente	Média	Desvio Padrão	IC 95% (Inferior – Superior)	
Necessidades Religiosas	1,68	0,61	1,58	1,78
Paz interior e Necessidades de Apoio Familiar	2,24	0,56	2,15	2,33
Necessidades Existenciais	1,35	0,63	1,25	1,45
Necessidades de Reconhecimento Social	1,20	0,82	1,07	1,33
Necessidades de Domínio do Tempo	1,23	0,91	1,08	1,37

Nota: IC 95% = Intervalo de confiança de 95% para média.

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

A partir das estatísticas descritivas e do intervalo de confiança, pode-se inferir que na amostra estudada houve um predomínio do Componente Paz interior e Necessidades de Apoio Familiar ($M = 2,24$; $DP = 0,54$), estatisticamente mais elevado do que os demais componentes. O segundo componente que obteve maiores escores foi Necessidades Religiosas ($M = 1,68$; $DP = 0,61$).

4.5 Comparação das Necessidades Espirituais quanto às variáveis Sociodemográficas

A partir de uma análise de Variância (ANOVA) os componentes foram comparados em relação às variáveis sociodemográficas.

Tabela 10 - Comparação dos Componentes da SpNQ quanto ao gênero

Componentes	Gêneros			ANOVA	
	Masculino	Feminino	Outro	F	p-valor
Necessidades Religiosas	1,84 (0,58)	1,79 (0,50)	0,97 (0,43)	26,7	0,000
Paz interior e Necessidades de Apoio Familiar	2,30 (0,59)	2,27 (0,52)	1,95 (0,49)	3,85	0,023
Necessidades Existenciais	1,16 (0,58)	1,36 (0,59)	1,93 (0,51)	16,95	0,000
Necessidades de Reconhecimento Social	1,13 (0,86)	1,39 (0,71)	1,00 (0,90)	2,52	0,083
Necessidades de Domínio do Tempo	1,27 (0,92)	1,20 (0,91)	1,16 (0,93)	0,15	0,853

Nota: F (Estatística Teste da ANOVA)

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018)

Houve evidências de que as necessidades espirituais da amostra dependem do gênero dos participantes, especificamente nos componentes de Necessidades Religiosas, Paz interior e Apoio familiar; e Necessidades Existenciais, cujas diferenças de médias foram estatisticamente significativas. A partir da Tabela 5 pode-se verificar que os homens possuem maior Necessidade Religiosa. Entretanto, pessoas autodeclaradas fora da dicotomia de gênero apresentaram a menor média.

Comparações múltiplas revelaram que a autoclassificação “Outro” se distingue significativamente de homens e mulheres ($p < 0,001$). O mesmo fenômeno aconteceu para o componente Paz interior e Apoio familiar ($p = 0,023$), o qual apontou menores médias para “Outro gênero” em comparação com homens e mulheres. Já no componente Necessidades Existenciais pessoas de “Outro gênero” apresentaram maior média quando comparados a homens e mulheres ($p < 0,001$).

Além disso, foram encontradas diferenças significativas quanto a escolaridade para os componentes Necessidades Religiosas [$F(5, 150) = 3,53$; $p = 0,005$], Paz Interior e Apoio Familiar [$F(5, 150) = 3,00$; $p = 0,013$] e Necessidades Existenciais [$F(5, 150) = 2,41$; $p = 0,039$]. Não foram encontradas diferenças significativas quanto a idade nem frequência religiosa. Comparações múltiplas evidenciaram que no Componente Necessidades religiosas, pessoas com ensino fundamental incompleto apresentara maior média ($M = 1,91$; $DP = 0,38$)

quando comparadas a pessoas com ensino superior completo ($M = 1,37$; $DP = 0,80$) com p -valor = 0,016. Além disso, pessoas com ensino médio incompleto ($M = 2,04$; $DP = 0,47$) também se diferenciaram de pessoas com ensino superior completo (p -valor = 0,008). A respeito do componente Paz interior e Apoio Familiar, pessoas com ensino fundamental incompleto possuem média maior ($M = 2,51$; $DP = 0,38$) quando comparadas àqueles com ensino superior completo ($M = 2,04$; $DP = 0,64$), com p -valor = 0,036.

5 DISCUSSÃO

Nosso esforço reflexivo vem convidar o leitor a peregrinar na compreensão daquilo que seria o perfil espiritual exposto pelos pacientes com HIV/AIDS. Nessa trajetória, são necessárias algumas paradas em estações distintas, para que haja um provimento de informações necessárias de modo que alcancemos o término de nossa jornada apresentando um resultado criteriosamente elaborado.

Acerca do instrumento de pesquisa, o SpNQ-BR foi primeiramente traduzido para o português e validado em 200 pacientes soropositivos atendidos no Ambulatório de AIDS do Hospital Escola da Faculdade de Medicina, localizado no Rio de Janeiro, em 2017 (VALENTE *et al.*, 2018). Os seus resultados apresentaram bons critérios de validade interna e externa, com 4 fatores: Necessidades Religiosas, Doação Ativa, Paz Interior e Necessidades de Apoio Familiar.

O presente estudo fez uma segunda aplicação em amostra semelhante em João Pessoa – PB, pretendendo uma análise fatorial exploratória do instrumento. Entretanto, encontrou-se uma nova composição, com 5 fatores: Necessidades Religiosas ($\alpha = 0,73$), Necessidades de Paz Interior e Apoio Familiar reunidas ($\alpha = 0,64$), Necessidades Existenciais ($\alpha = 0,49$) e no lugar do fator “Doação Ativa”, dois novos domínios, que foram denominados Reconhecimento Social ($\alpha = 0,54$) e Domínio do Tempo ($\alpha = 0,57$). Esta mudança mostrou-se similar à ocorrida com a aplicação do SpNQ na China (BÜSSING; ZHAI; PENG; LING, 2013), onde entre pacientes não-religiosos com doenças crônicas, surgiu um fator contendo três itens da escala, e que foi denominado “Necessidades de Reflexão”. Doação Ativa e Paz Interior mostraram-se mais importantes que Necessidades Religiosas e Necessidades de Reflexão neste mesmo estudo.

Na Alemanha, Paz Interior foi mais importante, seguida de Doação Ativa. Na Polônia, as Necessidades Existenciais e as de Paz Interior foram as principais. Na Nova Zelândia, Paz Interior foi mais importante, seguida de Necessidades Religiosas.

No Irã, as Necessidades Religiosas foram mais importantes, seguidas de Paz Interior. As Necessidades Existenciais pontuaram muito abaixo ($\alpha = 0,53$ a $0,54$). Os pesquisadores explicaram o fato alegando que para os muçulmanos o futuro é mais importante que o passado e, portanto, não haveria para eles a necessidade de falar sobre o sentido da vida. Todos os iranianos acreditam na vida após a morte, concluíram (NEJAT; WHITEHEAD; CROWE, 2016). Não houve conformação de novos fatores em nenhum destes estudos.

No Brasil (Rio de Janeiro), as Necessidades Religiosas foram quase tão importantes quanto as de Doação Ativa (composto de 6 itens, como: Ser perdoado; Doar algo de si). Paz Interior veio logo a seguir. Surgiu um novo fator, denominado Necessidade de Apoio Familiar (3 itens, como: Receber mais apoio de sua família) (VALENTE *et al.*, 2018). Este estudo teve como amostragem, diferentemente dos outros, exclusivamente pacientes HIV+. As características sociais, psíquicas e culturais desta enfermidade podem explicar a composição deste novo fator. As Necessidades Existenciais não formaram um fator único, desaparecendo da composição final. Assim, o SpNQ, de acordo com o estudo feito no Rio de Janeiro, em português, foi validado com 20 itens e quatro fatores: Necessidades Religiosas (7 itens, 0,52 – 0,83), Doação Ativa (6 itens, 0,51 – 0,69), Paz Interior (3 itens, 0,79 – 0,83) e Necessidade de Apoio Familiar (3 itens, 0,64 – 0,72). Este novo fator foi um dos alvos de verificação do presente estudo, numa análise fatorial confirmatória.

Em João Pessoa, além de dois novos fatores (Reconhecimento Social e Domínio do Tempo), observou-se também que a novidade do Rio de Janeiro (Necessidade de Apoio Familiar) se aglutinou com o fator Paz Interior. As Necessidades Existenciais tampouco formaram um fator único entre os pacientes HIV+. A composição dos itens de Reconhecimento Social (Participar de uma cerimônia religiosa, Ler livros religiosos/espirituais, Que alguém da sua comunidade religiosa cuidasse de você) e de Domínio do Tempo (Refletir sobre seu passado, Resolver aspectos em “aberto”, problemas pendentes na sua vida), mostram uma característica nova, provavelmente devido ao julgamento social da Aids. A religiosidade institucional percebida na composição dos itens de Necessidade de Reconhecimento Social mostra que os pacientes soropositivos diferenciam religiosidade de espiritualidade: O fator Necessidades Religiosas apresentou $\alpha = 0,73$, e reúne itens próprios da definição do construto “espiritualidade”. Esta diferenciação não foi observada em nenhum outro estudo.

Curiosamente, a composição chinesa para o fator Necessidades Religiosas é muito semelhante à de João Pessoa, embora separe em subescalas o construto “oração” ($\alpha = 0,81$) e o “fonte divina” ($\alpha = 0,72$). Igualmente, as Necessidades de Domínio do Tempo ($\alpha = 0,51$) são próximas à composição do fator Necessidades Reflexivas dos chineses ($\alpha = 0,51$): Este foi composto de 3 itens: “Refletir sobre seu passado”, “Resolver aspectos “em aberto”, problemas pendentes na sua vida” e “Falar sobre a possibilidade de vida após a morte”.

O fator Doação Ativa, presente no Rio de Janeiro com valores próximos aos encontrados na Alemanha, não se conformou em João Pessoa. Seus itens diluíram-se entre os outros cinco fatores, ou foram eliminados por razões estatísticas. Como verificação final,

pode-se afirmar que o SpNQ é sensível a aspectos culturais de amostragem, e apresentou resultados estatísticos satisfatórios, com uma composição de itens por fator muito específica, provavelmente por ter se restringido a uma amostragem igualmente específica na enfermidade, neste trabalho.

Agora, nossa segunda parada:

Febre, hemoptise, dispneia, suores noturnos. A vida inteira que podia ter sido e que não foi: tosse, tosse, tosse.
Mandou chamar o médico: Diga trinta e três. Trinta e três, Trinta e três...
Trinta e três. Respire...
O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.
Então, Doutor, não é possível fazer um PNEUMOTORAX?
Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino” (BANDEIRA, 1977, p. 206).

Manuel Bandeira, (1886 – 1968), acadêmico, professor, tradutor, das artes e da literatura um crítico, poeta e, o mais relevante de todos os títulos um recifense, em seu quarto livro de poesia, com o título *Libertinagem*, publicado na década de 30 do século passado, regala-nos com o poema acima de título: Pneumotórax (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2016). O enaltecimento, ou a valorização, do cotidiano é uma característica forte do movimento modernista, assim sendo, os mais diversos temas do mundo habitual se puseram a serviço da literatura.

Em *Pneumotórax*, não há uma inquietação sobre a métrica ou a rima no poema e, neste, o autor muito ousadamente o completa com um convite ao tango argentino. Assim, mesmo sendo o tango um pensamento triste que se dança, como expressou o dramaturgo, poeta e compositor argentino Enrique Deluchi (SABATO, 1963), foi para tocar tal estilo musical e não para se entoar uma marcha fúnebre ou um *réquiem*, que Bandeira conclui seu quadro clínico. Deste modo vemos a sensibilidade de um homem, acometido pela tuberculose, que se extrai da doença com romantismo e, de certo modo, com ironia.

A vida marca a produção literária de Manoel Bandeira, frequentemente observada no compasso abalizado pelo amor, pela infância e pela morte. Na orquestração da vida a ironia foi para Bandeira um trunfo, esta vem resgatar o literata. Jardim (2007), em sua tese de doutoramento, diz que Bandeira traz em si uma melancolia de dualidade, por ser esta “provocada por dois estados que podem ser apontados como antes e depois da infância, ou antes e depois da doença, e que explica o exercício constante do retorno ao passado, época vista como a da única felicidade possível” (JARDIM, 2007, p.163).

Como condição humana, Bandeira se utilizou de recursos do imaginário para enfrentar a vida e encarar a morte. Para o criador da TGI, a imaginação simbólica tem como uma de suas colocações primordiais a de reagir contra o fatídico evento morte, isso como resultado da relação inteligível numa reação dual entre a aptidão à vida e a aptidão à morte, sendo capaz de ascender ideias e imagens que arrasa a representação causticante e deprimente. A imaginação exerce uma função de eufemização, ou de suavização, isto não como algo *drogadizante* diante do que a consciência erige perante o evento morte; ao contrário, trata-se de um “dinamismo prospectivo que através de todas as estruturas do projeto imaginário, tenta melhorar a situação do homem no mundo” (DURAND, 1993, p.99).

Este prelúdio a partir da rememoração do *Pneumotórax* do Manoel Bandeira nos serviu de ponto de reflexão sobre nossa condição de profissional de saúde, enfermeiro da comissão de controle de infecção hospitalar da referência estadual de doenças infecto contagiosas na Paraíba, o CHCF. A maioria dos pacientes assistidos nesta instituição de saúde são portadores de Tuberculose e/ou AIDS.

Em 2017 o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) publicou uma matéria com o título “Vivendo com HIV, mas morrendo de tuberculose” informando que a tuberculose ainda se mantém no patamar de liderança entre as doenças infecto contagiosas de maior número de óbitos no mundo. A incidência, ou seja, o número de novos casos, de tuberculose mundialmente tem decaído cerca de 2% ao ano e, em 16% dos casos de tuberculose as pessoas morrem da doença (UNAIDS, 2017).

De acordo com o UNAIDS (2017) no ano de 2016, em meio aos 37 milhões de casos de pessoas convivendo com o HIV, o risco de se desenvolver a tuberculose é 21 vezes maior do que no restante da população do mundo não acometida pelo respectivo vírus. Entre os soropositivos foram mais de um milhão de casos de tuberculose, o que se refere a 10% dos casos de tuberculose no mundo, contabilizados no ano de 2016. A propensão ao óbito em pessoas com HIV é maior quando comparado com os não portadores deste, a cada cinco mortes por tuberculose, um dos casos se dá entre os soropositivos, o que equivale a 22% dos casos de morte por tuberculose. O saldo de óbitos por tuberculose entre os portadores do HIV, no ano de 2016, foi de 374.000 pessoas, o equivalente a 40% das mortes conexas à AIDS (UNAIDS, 2017).

O CHCF é, portanto, uma porção menor em meio ao cenário da AIDS, no Brasil e no mundo. E deter esta unidade de saúde como campo de atuação profissional é um convite ao uso ímpar de nossa dedicação profissional e, não estamos nos referindo a fazer além daquilo

que está estabelecido em *codex* de nossa atuação laboral, mas nos atemos a exercer da melhor maneira aquilo que nos dispusemos a assumir em nossa vida como profissão da saúde.

Trabalhar no CHCF é um apelo à inserção integral do profissional no atendimento à saúde de um indivíduo enfermo portador do HIV que tem o CHCF como um porto seguro para os momentos mais difíceis quando se refere à sua saúde. Via de regra, os tempos de internação destes são longos e, em alguns casos, este estabelecimento de saúde é apenas o estágio de espera para a completude de sua vida nesta existência – a morte. No atendimento ao portador do HIV/AIDS, desde o seu diagnóstico inicial, passando pelo trajeto assistencial à saúde, até o estágio terminal de uma parcela destes, nós profissionais da saúde nos deparamos com os mais diversos tipos de reações, questionamentos e enfrentamentos diante do resultado positivo e, até então, definitivo do estar com o HIV.

A porta de entrada de muitos dos nossos pacientes é o ambulatório. Eis uma porta que se abre e cuja soleira parece ser a demarcação de um território sombrio que será sempre visitado pela maioria dos casos novos de HIV/AIDS ali diagnosticados. Etapas sequenciadas marcam o compasso de um momento de tensão que parece não ter fim: a ida a recepção, o encaminhamento aos consultórios, as entrevistas, as consultas, os aconselhamentos pré e pós teste e, o diagnóstico de positividade ou não da infecção pelo vírus HIV, estruturam o atendimento primário e entrelaçam o vínculo do usuário ao serviço. Esse transcurso na maioria de muitos dos nossos usuários se resume em angústia e aflição, em alguns casos substituídos por uma alegria mediante o resultado negativo e, outros intensificados no seu quadro de dor e desespero diante do resultado positivo.

Um acidente ocupacional com exposição à material biológico (sangue ou secreções do corpo humano), uma relação sexual desprotegida, o relacionamento com um sorodiferente, o uso repetido da profilaxia pós-exposição ao HIV, casos frequentes de episódios de infecções sexualmente transmissíveis e, muito recentemente, a busca pela profilaxia pré exposição são as fontes motivadoras a uma ida, nada confortável, ao serviço de referência estadual no tratamento do HIV/AIDS.

Por mais que já estejamos habituados aos diferentes tipos reações de muitos dos novos diagnosticados com o HIV, a exteriorização da dor, da angústia, do sentimento de impotência, não deixa de nos incomodar e de comover a nossa razão. Às lágrimas acompanhadas com gemidos de dor, que parecem brotar da alma, expressando, literalmente, a perda do sentido da vida, acabam nos inserindo também naquela realidade, vemo-nos também impotentes, ao menos em parte; quão bom seria se com o HIV o resultado de uma assistência à saúde prestada fosse marcada pela cura como temos em tantas outras doenças infectocontagiosas.

O tempo do recebimento do diagnóstico positivo e o seu processamento, até o portador do HIV se encarar como tal, é algo que parece ser perceptível por nós que estamos, em parte, inseridos nesta realidade. Não tendo nenhuma tentativa reducionista do mistério de Jesus Cristo para a fé dos cristãos, nem buscando empobrecer o discurso mistagógico, ou seja, de condução para dentro do mistério da fé do cristianismo, parece que em cada caso novo de HIV, estamos acompanhando a conformação de uma nova *via crucis*. Esta, como sua tradução literal bem expressa, é o caminho da cruz e, refere-se ao trajeto percorrido por Jesus Cristo desde sua condenação até o seu sepultamento, tudo isto dividido em 14 estações ou passos de sua Paixão.

O peculiar aí é perceber que em meio ao trajeto de dor de nossos usuários, dentro de sua condição e a partir de um processo de enfrentamento estruturado em seu inconsciente, através de recursos do imaginário, vislumbram a *anastasis*, o levantar, o se reerguer, diante desta condição específica de angústia existencial. Passam-se dias, meses e, até mesmo anos, mas ao se deparar que a vida não chegou ao calvário se concretiza numa consciência de transformação que se estrutura num novo posicionar-se diante da vida, capaz de enfrentar o tempo e a finitude – ressignificar-se. Assim sendo, esta nova postura *regala* vigor ao usuário infectado, o assumir-se como tal, independente se para os outros, mas particularmente para si, configura-se como a criação de um firme lastro onde se vai continuar a construção de sua história como ser humano, individual e coletivamente. Através da utilização dos recursos do imaginário, como tão bem expressa Gilbert Durand em sua teoria.

Edgar Morin, filósofo francês, judeu de etnia sefardita, em sua obra *O Método 5, a humanidade da humanidade – a identidade humana*, expõe que o espírito do homem é operado pela morte e a certeza desta, está atrelada à incerteza do momento no qual acontecerá tal evento, sendo para a vida um manancial de angústia (insegurança, abafamento, ressentimento, dor, entre outros). Portanto, a consciência do viver no tempo e de arrostar a morte é resultado do encontro entre as consciências de si e do tempo (MORIN, 2002).

5.1 Acalanto

Acalanto se refere as cantigas cujo objetivo é adormecer a criança, geralmente uma composição muito simples e curtinha e, algumas vezes onomatopaico (FERREIRA, 1989). É também o confortar, o alentar, assim como permite o imaginário, ao proporcionar ao homem

as condições necessárias para dar sentido ao mundo, permitindo a compreensão de sua própria existência e, organizando-o nesta, acalentando-o no enfrentar do tempo e da finitude.

Assim, abastecidos de recursos que lhe permitem enfrentar o infortúnio, a soleira do ambulatório do CHCF, para o portador do HIV/ AIDS usuário deste serviço, ganha uma nova roupagem e tal unidade de saúde se torna um forte aliado para encarar sua condição nesta existência. Lembremos que toda patologia não se trata apenas de um evento do campo biológico; ao contrário disto, o adoecer é capaz de abarcar as mais diversas dimensões da vida social do ser humano, precisando assim da construção de representações que sejam capazes de explicar o adoecer e o inserir numa ordem cultural; e na atualidade as representações estruturadas para o enfrentamento da AIDS são as mais variadas e complexas, não sendo por acaso que o HIV/AIDS fez emergir reações distintas por exemplo: do medo, do preconceito e da discriminação (JEOLÁS, 1999).

É deste interim que foi alçada nossa amostra, com uma proposta a priori de 220 pacientes, entretanto pela recusa de muitos a participar da pesquisa, conseguimos entrevistar efetivamente 157 pacientes, compondo assim, a totalidade de nossa amostra. O receio de se expor, mesmo que indiretamente ainda é uma permanente no portador do HIV/AIDS, muitos apresentam um certo espanto quando nós pesquisadores chegamos com algum questionamento cujo tema é a patologia que carregam ou a condição na qual se encontram. Pacientes cobertos com boné, camisa de mangas compridas e óculos escuros, num ambiente que necessita de luz artificial e temperatura ambiente, ressaltando o calor que faz na cidade de João Pessoa, é algo comum à espera da sua consulta com o médico infectologista que o acompanha. O receio de ter seu nome completo assinado no TCLE é também um dos motivos que fizeram ser descartadas tantas entrevistas, mesmo tendo sido enfatizado o sigilo que a pesquisa exige. Não podemos esquecer de destacar que uma principal limitação deste estudo foi o tamanho da amostra, deste modo um envolvimento maior de pessoas com HIV/ AIDS de outros serviços de saúde, até mesmo de outros estados se faz pertinente.

O apoio familiar e a paz interior são importantes fontes de promoção de resiliência para o portador do HIV/AIDS, além de se constituir uma importante forma de proteção social a estes que precisam enfrentar a infecção. A família pode ser tida como a mais importante unidade de cuidado para seus membros, colaborando para uma possível homeostase, uma condição de equilíbrio físico e mental destes indivíduos. Entretanto, as reações por parte de entes familiares são as mais diferentes, como: vergonha, culpa, raiva, negação, rejeição, indiferença, acolhida, compreensão, apoio e aceitação. Nesse contexto, diante do medo das reações negativa o enfermo, em muitos dos casos, se vê obrigado a não revelar o diagnóstico

de positividade aos seus, acabando por o instalar numa condição de solidão, atrelado aos sentimentos de depressão e perda do significado da vida e desesperança (SOUZA DA SILVA; TAVARES, 2015; BOTTI *et al.*, 2009).

A participação da família no cuidado à saúde do membro infectado pelo HIV/ AIDS é uma ação decisiva e de impactos bastantes positivos: a autoestima, a autoconfiança e a autoimagem do indivíduo soropositivo, além de contribuir na adesão ao TARV e aos demais tratamentos preparando-o para dar prosseguimento a sua existência, recordemos que nos dias de hoje o ser portador do HIV não é sinônimo de amparo previdenciário e, nem de renúncia das atividades sociais desempenhadas. Assim sendo, a família é uma das mais importantes e possíveis fontes de amparo emocional e, por consequência, de paz interior que um enfermo pode acessar em situações de dificuldade e que podem contribuir para que se estabeleça a resiliência. Muitos são os estudos que demonstram a importância desse fator na vida dos portadores de HIV/AIDS (SOUZA DA SILVA; TAVARES, 2015).

A família, ao se deparar com as necessidades urgentes para assistir um de seus entes, vê-se também vitimada por todo este processo, indo atrás de auxílios diversos para tentar suportar e sobrepujar tais dificuldades com altruísmo, como se fosse uma forma de sacrifício ou punição. É quando aparece a religião e/ou a espiritualidade apegando-se a algo transcendental, ou não, como uma esperança - a possível origem de cura. Eis um ponto a ser fortalecido por todos, o de retirar a cara da morte que foi posta na AIDS e compreendê-la como uma doença crônica que precisa de cuidados (BOTTI *et al.*, 2009).

A família, os amigos e os profissionais da saúde se constituem em expressivos fatores de proteção àqueles que precisam enfrentar a infecção, podemos neste meio inserir o profissional das ciências das religiões, como mais um ponto de apoio. É mister ressaltar que os eventos da existência humana, aquilo que nela acontecem, são comumente amoldados por nossas crenças (ou pela ausência delas) e experiências. A contemporaneidade nos depara com um impactante desafio, que é o de encontrar um sentido maior para vivermos nossa vida mortal, de maneira inevitável finita. A família, porto seguro, fonte de vida e de proteção, local de paz interior, precisa ser também assistida pelos profissionais da saúde e das ciências das religiões, quando for o caso, para que possa retribuir a contento ao enfermo portador do HIV/AIDS. É preciso ter consciência, que todos, quer portador do HIV/AIDS ou não, “sofremos” da condição humana, condição esta que nenhum humano pode fugir (BOTTI *et al.*, 2009; PESSINI, 2010).

É interessante refletirmos o lugar que a família ocupa e o peso que ela exerce na vida dos indivíduos nos dias de hoje. Isto não aconteceu por acaso, a família é a instituição mais

antiga da humanidade, sendo assim reconhecida como a manifestação primaz humana, no que tange uma forma de composição social. Nesse sentido, podemos chamar a atenção para os escritos de Philippe Ariès (1914-1984), que na década de 60 do século XX acrescentou para a historiografia contemporânea, a sua obra *L'Enfant et la Vie Familiale sous l'Ancien Régime* (1960), publicada no Brasil como *História Social da Criança e da Família*, sendo aquele considerado um historiador da terceira geração da Escola dos Annales, que colaborou efetivamente com os estudos acadêmicos, sobretudo, com Georges Duby, junto ao qual organizou a obra *História da Vida Privada*, composta por 5 volumes, que constitui um compêndio de referência para os historiadores dos dias atuais, principalmente para os estudos do cotidianos e das suas interfaces, a família aqui incluída.

Assim, o termo "família" é entendido como "[...] a célula social, a base dos Estados, o fundamento do poder monárquico" (ARIÈS, 2006, p. 146). Assinale-se que, o "sentimento da família era desconhecido da idade média e nasceu nos séculos XV-XVI, para se exprimir com vigor definitiva no século XVII" (ARIÈS, 2006, p.143). Isto porque no período compreendido entre o fim da idade média e os séculos XVI e XVII, a criança tinha angariado um espaço perceptível junto dos seus pais, espaço este que antes do período referido não poderia ser almejado uma vez que o costume orientava que fosse confiada a estranhos. Este retorno da criança ao seio do lar, forneceu-a a categoria de indispensabilidade da vida cotidiana, e os adultos então passaram a se absorver com a educação, a carreira e o futuro daquela, transmitindo valores culturais e fornecendo modelos de formação (ARIÈS, 2006).

Nesse contexto, compreendemos o sofrimento que transpassa não apenas a vida daquele que adquiriu o HIV/ AIDS, mas também daqueles que se confiaram a ser exemplo de vida e referência na vida dos seus. E na atualidade é extremamente necessário refletirmos a respeito dos tipos de família existentes que abrange a heterogeneidade cultural, social, à orientação sexual e a sua composição, uma vez que os pacientes desta nossa amostra, assim como todos os demais, advêm de algum tipo em específico, não apenas aquela família tradicional constituída unicamente pelo casamento formal entre pessoas de sexos opostos. O reconhecimento e o respeito a esta pluralidade contribuem para a manutenção da saúde mental dos indivíduos, principalmente daqueles que sofrem na pele a dor da segregação, além de assegurar o desenvolvimento saudável e a melhor qualidade de vida desta e das futuras gerações.

Sentido e significado da vida, paz interior consigo e com aqueles que nos cercam, assim como com o sagrado ou a transcendência, caracteriza o bem-estar e o bem-estar espiritual. Segundo a classificação de enfermagem denominada NANDA-I internacional,

categoria profissional da qual fazemos parte, a dimensão espiritual é de fundamental importância para a profissão. Seis são os diagnósticos de enfermagem comportados nessa taxonomia, a saber: disposição para bem-estar espiritual melhorado, disposição para religiosidade melhorada, religiosidade prejudicada, risco de religiosidade prejudicada, sofrimento espiritual e risco de sofrimento (NANDA-I, 2018).

Assim sendo, a manutenção da autoestima, motivadas pelo apoio, pela crença, pela fé em algo superior, a fé na própria pessoa, a fé na vida, a confiança na ciência, o amparo familiar, a esperança entre outros, é um elemento indispensável para proteção do indivíduo na condição de enfermo e promoção de bem-estar do soropositivo diante da existência. Desta forma nós profissionais da saúde e das ciências das religiões, familiares e amigos necessitamos compreender o problema HIV/ AIDS e nos munirmos de elementos norteadores para o desenvolvimento do ser humano soropositivo. É preciso saber que conforto espiritual não se resume à prática religiosa, este vai além da dimensão fé e perpassa os mais diversos elementos e esferas que constituem o ser humano (SOARES, 2003).

Nossa amostra expôs que em Necessidades espirituais, a família é parte fundamental no processo do cuidado ao portador soropositivo; que este grupo de pacientes necessitam do suporte dos seus familiares e querem estar inseridos na família como tal; que estar em família é conforto, bem-estar, segurança, significado, percebendo-se pertença e sentindo paz interior. Diante de tal importância, a família precisa também ser assistida especialmente já que são capazes de gerar mudança de comportamento e auxiliar diretamente no enfrentamento da doença. Destarte para isto ela precisa estar, *a priori* disposta, mas primordialmente bem psicológica e emocionalmente, além de embasada em conhecimento.

No tratamento dos dados também foi mais expressiva a média em Necessidades religiosas. Ao analisarmos a categorização das Necessidades religiosas do SpNQ, observamos que há um conjunto de posturas que não diferem espiritualidade de religiosidade, talvez esta seja a compreensão do professor Arndt Büssing ao construir seu questionário, mas nossa pesquisa deixa claro uma diferenciação de posturas, o que nossa análise apresenta como necessidades religiosas, na realidade da Paraíba/Brasil e com pacientes com HIV/ AIDS, são atitudes desvinculadas de um caráter institucional, estas se expressam dentro do que os teóricos apresentam como espiritualidade, na qual os esforços, as experiências ou as interpretações dos indivíduos são guiadas pela busca de sentido, na cata de forças para enfrentar a condição na qual se encontram e, esta busca pode estar atrelada a figura de uma entidade sagrada e transcendente (Deus/Deuses/Outros) ou não, assim como, a uma instituição de cunho religioso ou não.

O sentido, a força vital é opus da reflexão, leia-se por reflexão este esforço de ida ao interior de si e a capacidade de se interligar a todas as coisas, ou elementos, que nos cercam buscando não apenas gozo, mas sentido para os enfrentamentos. Para Leonardo Boff (2009, p.3) “o drama do ser humano atual é ter perdido a espiritualidade e sua capacidade de viver um sentimento de conexão. O que se opõe a espiritualidade não é a irreligião ou o ateísmo, mas sim a incapacidade de ligar-se e religar-se com todas as coisas”.

O filósofo norte-americano, detentor de inúmeros prêmios e com obras traduzidas por dúzia de idiomas, Robert C. Solomon (2003), na sua obra *Espiritualidade para céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI*, busca apresentar uma concepção de espiritualidade distante do sentido religioso, teológico, que não se ampara nos textos sagrados, que não seja caricaturada como carola, acrítica ou perdida, mas naturalizada (associada à natureza). Solomon, afirma que em meio a sua aversão por hipocrisia moralista e o seu pouco-caso por banalidades insensatas, havia renunciado erroneamente o que então passou a enxergar como dimensão imprescindível a vida. Assim, o referido filósofo passou a compreender a espiritualidade como o amor bem pensado a vida, sendo então a vida e o nosso mundo o *locus* onde se deve procurar a espiritualidade (SOLOMON, 2003).

É conveniente enxergar este local como um emaranhado de elementos distintos que dão cena a vida humana, como os opostos: vida e morte, alegria e tristeza, noite e dia, quente e frio, sabedoria e incipiência, tranquilidade e inquietude, necessidade e satisfação, além tantos outros antônimos que lapidam o ser humano nesta existência, mas vale lembrar que tudo isto atrelada a razão. Assim a espiritualidade é o movimento, é a concepção naturalizada de Solomon. Não estamos aqui deixando as religiões ou a religiosidade institucional em segundo plano, elas têm sua importância, devendo ser reconhecida e respeitada apesar das diferenças e, como via de mão dupla elas devem respeitar as diferenças das mais diversas na qual se deparem na sociedade.

Segundo, Leo Pessini que realizou o pós-doutoramento em Bioética, assinala a partir de uma reflexão do teólogo suíço, filósofo, professor de teologia, Hans Küng, na qual este diz que as religiões todas elas são mensagens de salvação para as questões básicas do ser humano, afirma que as religiões sim ofertam caminhos semelhantes de salvação nas mais diversas situações na qual se encontram o homem: a penúria; o sofrimento; o modo de como se comportar correta e responsabilmente nessa vida; o que se deve fazer para alcançar a felicidade nessa existência e na futura e, a compreensão de sofrer e do morrer. Dando prosseguimento a sua alocação, Pessini (2010) diz que mesmo aqueles que rejeitam as religiões devem levá-las a sério, porque se configuram dentro de uma realidade social e

existencial básica. Como dissemos a religião não está sendo deixada de lado, mas fazemos o sagrado se manifestando em *modus* diferente e, a espiritualidade não atrelada ao religioso e se apresentando também sem a presença do sagrado, lembremos do discurso de Solomon.

Sendo assim fundamentado nos mais diferentes discursos científicos, como vimos no decorrer desta dissertação a respeito de religiosidade e espiritualidade e, pautados na comprovação não só pela AFE, mas como pela diferença de médias nestas dimensões, postulamos que tal diferença mereça ser ressaltada na aplicabilidade do SpNQ com pacientes portadores do HIV/ AIDS e, também se trata de um tema que mereça ser levado a sério por parte dos gestores dos serviços de saúde, uma vez que visitas religiosas e serviços de capelania, não todos, mas alguns, tem criado contratempos e mal estar dentro do ambiente hospitalar.

Como profissionais da saúde de uma referência estadual no atendimento às doenças infecto contagiosas, presenciamos por diversas vezes embates religiosos motivados por doutrinas de crenças díspares entre visitantes e assistidos, assim como também entre os próprios pacientes que em meio às imposições religiosas de outrem, sentem-se intimamente feridos. O julgamento parece uma lâmina abstrata, mas de resultado concreto, capaz de esmigalhar a alma. No período de aplicação do SpNQ, três usuários do serviço de saúde, chegaram a expressar verbalmente que neste foram apenas julgados.

Outro momento marcante foi o de entrevistar uma mulher travesti (*in memoriam*), cujo nome social era o pseudônimo de uma famosa cantora e compositora paraguaia naturalizada brasileira, que após sua consulta foi encaminhada para observação no hospital de dia e no fim da tarde, como práxis, para ala da infectologia masculina. Alguns dias depois, não mais como pesquisador, mas fazendo nossa avaliação diária pertinente ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, ao entrarmos em determinado apartamento, deparamo-nos com aquela mulher com nome de cantora, deitada em decúbito ventral, devido as dores que sentia por conta das próteses de silicone que haviam sido colocadas nos glúteos e careciam de trocas há anos, mas como não tinha recursos vivia com dores contínuas. Nesta nossa entrada no quarto a referida mulher toma a iniciativa de iniciar um diálogo e usa como assunto o tema de nossa pesquisa, o perfil espiritual, recordando que eu havia a entrevistado, que era adepta de religião de matriz africana, mas que se sentia muito distante desta, pela falta de um amparo por parte do seu grupo de fé, entretanto isto ela dizia entender uma vez que era residente em um município do interior do estado, a distância também era sentida devido ao receio de realizar algum gesto, ato ou fala e se deparar com um possível julgamento ou embate religioso

com seu companheiro de quarto, de ala, por um profissional da instituição, ou por um dos missionários que aparecem no hospital.

Noutra passagem, atravessando uma outra ala de internação, no turno da tarde, horário comum de visitas, deparamo-nos com um paciente meio alterado no corredor insultando os missionários de uma determinada capelania que segundo ele, deixavam-no constrangido e ao seu companheiro de quarto por pedir com veemência que dirigissem perdão a Deus, afim de alcançar cura. O mesmo argumentava que não precisava pedir perdão a ninguém e, que com Deus ele se resolvia. É fato que tais eventos aconteçam de forma pontuada e não sequenciada, mas ocorrem e merecem atenção. Entretanto não podemos deixar de enxergar aqueles que chegam a agradecer os serviços de capelania ou de visitas de voluntários anônimos que vem trazer a palavra de Deus e/ ou conforto espiritual. Bendito aquele que vem! Também existem os usuários do serviço que colocam seu aconchego, seu amparo espiritual e de paz, no contemplar a natureza, as mangueiras que compõem o cenário de uma das áreas de lazer que o hospital possui, certa feita nos disse um paciente que era o único local onde se sentia bem e esperançoso.

Após realizar a pesquisa de campo no ambulatório e nos tornar mais sensíveis ao tema em questão passamos a atravessar as alas de internação com um novo olhar e a enxergar um campo extremamente rico em particularidades e especificidades que cada usuário carrega em si e que cada um tem uma voz própria que merece ser ouvida e respeitada nas diferentes necessidades que compõem o homem, damos destaque a espiritualidade e a religiosidade. Lembremos que o discurso carregado de “valores” morais, emoldurado pela presença de um Deus quase que jansenista (o jansenismo foi uma doutrina religiosa inspirada nas ideias de um bispo de Ypres, Cornelius Otto Jansenius, que apregoa o rigor moral e disciplinar consequente de suas posições dogmáticas), que enaltece a “condição” de pecado, castigo, penitência ou clemência, acaba por fomentar no soropositivo, e em outras categorias de pacientes, o sentimento de culpa, deixando-o vulnerável e servindo como mote para o surgimento de ansiedades, angustias e outros distúrbios psicológicos, emocionais e espirituais (SOARES, 2003). A presença de crença ou não dos indivíduos devem ser consideradas.

Não seria o momento de observar a necessidade de um trabalho mais profundo de reflexão sobre religião, religiosidade e espiritualidade nas unidades assistenciais de saúde? É fato que sim e os números e relatos de experiência confirmam isto. Para tanto, o discurso e a práxis no campo da espiritualidade não devem estar engajados num tipo ideal de fé, nem deve ser conduzido por um líder religioso, ou um fiel com disposição, é preciso ver que o discurso religioso está preso a um hermetismo de sua pertença religiosa. Diferente de um teólogo, o

profissional das ciências das religiões é aquele que traz em si o conhecimento oportuno, isento e não engajado a determinado discurso religioso, mas situado no lastro científico. Além da teologia, este é capaz de gerar/ motivar/ instigar nos profissionais da saúde e nos religiosos que realizam missões em serviços de saúde, reflexões pertinentes às variáveis divinas ou não que estão envoltos ao campo da religião e da espiritualidade. São muitas ovelhas, de rebanhos diversos, algumas possuem pastor, outras não, mas todas estão ali para um único fim, não me refiro a morte, mas a uma assistência à saúde digna e de qualidade e que seja capaz de respeitar aquilo que o usuário do serviço carrega como religioso e/ ou espiritual.

Eis aí mais um ferramental à disposição das instituições de saúde, às CR no seu campo de ação pode muito bem contribuir para manutenção da saúde do paciente, seja ele soropositivo ou não, assegurando seu bem-estar como homem que crê ou que não possua crença alguma, eliminando assim fatores externos ao ambiente hospitalar que possam influenciar negativamente no processo de cuidado dos seus usuários.

Os fatores Necessidades de Reconhecimento Social e de Necessidades de Domínio do Tempo merecem mais alguns detalhes: Aquele apresentou uma característica de pertença a um grupo religioso como: a necessidade de participar de cerimônias religiosas; a presença de alguém de sua comunidade religiosa como um padre, um pastor ou outro; além da leitura de livros diretamente relacionados à religião/espiritualidade. Recordemos entre nossa amostra apenas 49 participantes (31,2%) informaram possuir alguma ligação com uma religião, enquanto 108 (68,8%) não apresentaram ligação alguma com uma religião ou mais de uma e, apenas 16 (10,2%) assumiram desempenhar pelo menos duas vezes por semana alguma atividade religiosa ligada à religiosidade, contrapondo-se a 109 (69,4%) indivíduos que não desempenham função religiosa alguma duas vezes por semana.

A condição do soropositivo envolve algumas determinantes de influência direta na existência de seus portadores, determinantes como sexualidade, experiências de vida, profissão de fé, crença em Deus(es), ateísmo, condição social entre outros. E dentre estas, o campo religioso seria talvez o local mais complicado do estabelecimento de relação com o portador do HIV/ AIDS, não me refiro a divindade, mas a instituição religiosa.

Durante anos o social reverberava o que ditava o religioso, não estou afirmando que isto não ocorre nos dias de hoje, pelo contrário, alguns crimes de ódio têm respaldo em inúmeros discursos religiosos na atualidade. Entretanto, observa-se postura de criticidade em relação à moral apregoada por algumas instituições religiosas e, também sobre o que se escuta a respeito do HIV/ AIDS. Na contemporaneidade diante do pluralismo, da diversidade, de multiplicidades de estilos, de comportamentos e de costumes, os indivíduos podem, devem e

escolhem aquilo que lhes causam satisfação. No âmbito pessoal, nem mesmo se dá como um capricho, mas como parte integrante de si, determinando quem ele é, *ego svm!* E a escolha não acontece de forma aleatória, não se trata de um produto que se escolhe numa prateleira de supermercado, trata-se da escolha motivada pela seleção de valores. No entanto, num mundo onde a pluralidade insurge no contexto das relações sociais e culturais, estruturando-as, onde há uma gama de religiões na qual o ser se permite dialogar da forma que lhe convém, sendo capaz de dialogar com mais de uma religião ao mesmo tempo, além das adesões parciais aos valores ofertados pelas religiões, aceito uma verdade de fé e discordo de outra, escuto um sermão, mas deste só me interessa uma parte.

Há na atualidade uma nova forma de se expressar a fé que possui, além das profissões de fé tradicionais com seus ritos, ritmos e costumes, agora o ser humano é entendido como sujeito causador/ criador/ gerador de sua própria autonomia e liberdade diante da crença. É a consciência do sujeito que passa a ser o critério fundamental para a constituição do universo religioso e para sua movimentação na esfera religiosa. Eu necessito da espiritualidade, mas não necessito da religião; meu universo espiritual é desprendido da figura de uma divindade; A face mística de Deus não tem nome nem natureza, Ele é; a ciência é minha religião; eu creio no amor como a face de Deus.

A média elevada em nossa pesquisa no componente de Necessidades Religiosas vem justamente apresentar isto, salvaguardando nossa reflexão a respeito da diferença entre religiosidade e espiritualidade. E aí, talvez estes que ainda se expuseram nos itens que abordam o componente de Necessidades de Reconhecimento Social, sejam justamente aqueles que necessitem fazer parte de um agrupamento ideológico religioso, por motivos diversos – culturais, sociais, econômicos, ideológicos e psicoemocionais. É preciso sempre recordar que a condição do portador de HIV/AIDS é marcada por dramas das mais diversas áreas, do medo, da solidão e do preconceito, igual saturno circundado por seus anéis cujos ciclos variam conforme a órbita, com duração de anos. Nesse viés, podemos apontar a fala de uma entrevistada que, além de expor sua fé, ainda ressaltou seu serviço de liderança, ser pastora evangélica, direta ou indiretamente, reconhecendo-se ou se fazendo reconhecer social e ideologicamente com sua vida, identidade e missão. Talvez uma necessidade de mostrar uma diferença entre o seu ontem e o seu hoje.

O componente de Necessidades de Domínio do Tempo, é constituído por apenas dois itens, a necessidade de refletir sobre o seu passado e, o de resolução de problemas “em aberto” ou pendentes em sua vida. Isto de certo modo também envolve o tempo passado. Observamos pelo que vimos em nossa prática de coletador de dados a presença de

sentimentos como medo, culpa, fragilidade diante do momento da consulta, fragilidade diante da vida, entre outros, naqueles pacientes que estão iniciando o processo de tratamento do HIV e nos casos de diagnóstico recente, alguns deste último caso trazendo uma dor capaz de transfigurar um semblante.

Quando entramos na esfera da culpa, manipulamos uma convocação para uma responsabilidade de algo que foi realizado e cujo resultado não trouxe apenas o prazer de sua realização, mas o encargo doloroso que o indivíduo vivencia de forma consciente ou inconscientemente do resultado obtido com determinada prática. O contexto sofre interferência sensivelmente negativa, quando o realizado está atrelado a alguma norma moral proibitiva que o mesmo em sua consciência não poderia infringir ou, que seu ato tenha repercutido também negativamente em outrem, principalmente quando existem laços profundos de afeto com este. Retornar ao passado, quando não bem acompanhado, pode ser uma *martíria* contínua e uma fonte geradora de ódio e remorso (MEDEIROS, 2010). Assim sendo, qual o sentido de refletir sobre o meu passado? Porque então remoer coisas em meu passado, se cada ida a este é uma personificação do sofrimento que carrego até os dias de hoje? Mesmo os itens 4 e 5 estando nos itens de menores médias é interessante ver que existem pessoas nas quais o sentimento de culpa ainda está latente.

A satisfação das necessidades, não do supérfluo, mas do básico para que o homem possa enfrentar a existência e seus infortúnios, é a cantiga que acalenta o homem individual e coletivamente, isto por promover o processo de enfiamento do tempo e da morte. A aplicação do SpNQ veio justamente trabalhar com as necessidades, neste caso específico, necessidades espirituais, responsável pela homeostase dos indivíduos, quer professem fé ou não.

Dorme, meu filhinho,
Dorme sossegado.
Dorme que ao teu lado
Cantarei baixinho.
O dia não tarda...
Vai amanhecer:
Como é frio o ar!
O anjinho da guarda
Que o Senhor te deu,
Pode adormecer,
Pode descansar,
Que te guardo eu (BANDEIRA, 1944).

O poema com o qual acabamos de findar a reflexão deste item é intitulado “Acalanto de John Talbot”, de autoria de Manuel Bandeira, como expressa a citação.

5.2 Sem vencedores ou vencidos!

Perversão, indignidade e contrição refletem o sentimento de culpa que pode desembocar no ato de detestar-se. Isto pode estar relacionado ao ato de conservar sentimentos como raiva e mágoa por conta, talvez, de inúmeros delitos sociais cometidos. A origem do sentimento de culpa está na consciência de ter feito algo de forma contrária dentro da liberdade humana situada em meio a regras morais, religiosas ou sociais, portanto, a culpa é consequência de uma decisão livre (MEDEIROS, 2010; SOARES, 2003). A ignorância ainda paira sobre as sociedades, principalmente sobre a problemática e a condição do portador do vírus da imunodeficiência ou da síndrome ocasionada por este vírus, a pontos de semear dores existenciais.

Na tentativa de minimizar este preconceito e de buscar afastar o paciente da vulnerabilidade do sofrimento existencial, as ciências da saúde se estruturam como um lastro onde o portador pode caminhar firme e se apoiar para o enfrentamento da culpa, do medo e da fragilidade diante da vida a partir de um diagnóstico positivo. A psicologia é um dos ramos científicos da área da saúde de importância ímpar, uma vez que a saúde mental de qualquer pessoa, sã ou enferma, necessita de acompanhamento, no caso do soropositivo não nos delimitamos apenas ao preparo para o recebimento do diagnóstico, mas é preciso refletir mais além, é preciso pensar na rede de apoio que se fará necessário ser muito bem estruturada e acompanhada no contato deste com a família e com os demais laços afetivos e sociais. É necessário enxergar que todo profissional da saúde tem de estar preparado para auxiliar qualquer paciente, principalmente o soropositivo, por se tratar da amostra estudada, no enfrentamento da doença no estabelecimento de saúde, para que ele possa levar esta estrutura emocional firme para a existência *extramuros*.

Nesta realidade de culpa, remorso, ressentimento e medo, a religião exercer papéis ambivalentes, podendo ser prejudicial ou benéfica. Quanto a seu lado negativo é preciso enxergar que tal caráter é capaz de gerar níveis patológicos de culpa, abaixamento da autoestima, alicerça a repressão da raiva e embaraça a expressão de sensações sexuais, acendendo o caminho para o desajuste sexual. De modo contrário, a religião quando desprendida de moralismo e de atitudes de repressão e condenação, atitudes últimas que caracterizam o modo como algumas religiões estabelece sua ascese, a religião pode ser benéfica quando postula uma cosmovisão religiosa capaz de reduzir a ansiedade existencial, quando oferta uma estrutura cognitiva que organiza e ilustra um mundo com características

caóticas e, neste é capaz de oferecer esperança, sentido de vida, significado e sensação de bem-estar emocional (MEDEIROS, 2010).

O problema é que encontrar esta segunda postura, capaz de trazer benefícios no diálogo religioso engajado é muito difícil, isto vai a cargo do fiel ou do sacerdote que contrapondo seus cânones religiosos busca assumir uma postura mais espiritualizada que religiosa. Entretanto, mais uma vez venho reforçar o papel do profissional das Ciências das Religiões para nortear e refletir como deve ser a ascese de um serviço de capelania ou de missão hospitalar nos serviços de saúde, instruindo estes a uma conduta que saiba dialogar como todos aqueles que possuem uma expressão de fé atrelada a normas, ritos e uma divindade própria, até aqueles em que o sagrado está ao seu redor, em tudo que o cerca, na natureza que o refresca e, também com aquele que não possui fé em ninguém e em nada, mais que merece tanto respeito e atenção como qualquer outro religioso ou crente.

A espiritualidade e a religiosidade são aspectos que diferenciam os seres humanos entre si e de outras criaturas, além de ser meios de onde sobressaem as diferenças entre sociedades de distintas formas. Portanto, saber como lidar com tais aspectos tanto individual como coletivamente é imprescindível para manutenção da saúde mental e física dos indivíduos. É preciso compreender que a espiritualidade e a religiosidade se referem diretamente ao existencial de cada ser, trata-se de uma experiência particular e intransferível revelada no modo de compreender a própria existência e assim enfrentar os infortúnios.

Nesta nossa empreitada parece que o medo é a emoção que ressoa todas as vezes que nos deparamos com o portador do HIV/ AIDS no mundo ocidental. Assim sendo, como nossa pesquisa é um menear no dossel da espiritualidade e da religiosidade é interessante recordarmos que a interiorização deste sentimento nos indivíduos tem sua gênese na profissão de fé cristã. A figura do demônio e da desobediência à vontade de Deus foi atrelada ao medo pelo cristianismo. O historiador francês e exímio especialista sobre a história do cristianismo, Jean Delumeau, trabalhou o medo como objeto de verificação histórica, e em seus estudos postula que foram os homens de fé que expuseram a figura do demônio e do pecado como os inimigos do próprio homem, além de realizarem o inventário dos possíveis males que tais oponentes são capazes de provocar juntamente com os seus procuradores, estando estes elencados para o momento entre os: turcos, judeus, heréticos e praticantes da bruxaria.

Foram os homens de fé que investiram no encontro com o anticristo e propagaram o juízo final que como o próprio nome determina vai pôr um fim no mal que arrasa a terra. Assim um ultimato de morte se vislumbrou, desta forma, fragmentada em medos certamente atemorizantes, entretanto devidamente nomeados e ilustrados, refletidos e aclarados pelos

homens de Igreja e, sempre ornados pelo discurso da fé e da sã doutrina (DELUMEAU,1989). Como atormentadores de sonhos do mundo ocidental, segundo o referido historiador, entre os séculos XIV e XVIII, estão: o mar; os mortos; as trevas; a peste; a fome; a bruxaria; o fim dos tempos, leia-se o apocalipse e; satanás com seu séquito. De acordo com Delumeau (1989), são três os tipos de medo, a saber: os medos permanentes (como o medo da morte e do incógnito), os medos cíclicos (como o medo do fim do mundo) e os contextuais (que até então não existiam uma vez que atual situação não havia).

Viver é um eterno administrar de medos contextuais em meio aos permanentes e os cíclicos. No medievo se tinha medo da peste, na atualidade o campo das ciências da saúde é distinto por um emaranhado de medos contextuais, é algo frequente tanto do lado dos profissionais que se expõem às situações de risco através da realização do seu exercício profissional, quanto do lado do paciente portador de uma doença infectocontagiosa passível de cura ou não, ou detentor de uma enfermidade recém descoberta cujo arsenal terapêutico ainda seja ineficaz ou incipiente. É fato que existe um conjunto de normas de biosseguranças a serem seguidas que garantem a proteção dos assistentes e assistidos, mas paira o medo.

Saindo das paredes dos serviços de saúde o medo do adoecer é uma constante, em nosso caso específico, reparemos ao nosso derredor o medo que se arrasta frente ao HIV/AIDS mesmo com todo aparato técnico científico informando ao máximo a respeito desta. É AIDS não se adquire: pelo sexo protegido com uso da camisinha; pela masturbação a dois; pela troca de beijo no rosto ou na boca; pelo contato com suor ou lágrima; pela picada de inseto; pelo aperto de mão ou abraço; pelo compartilhamento de sabonete, toalha, lençóis, talheres, copos; pelo assento de ônibus; pela água da piscina; pela doação de sangue ou; pelo ar, entretanto, o receio do contágio e a condição de portador ainda coloca o indivíduo e a sociedade em condição de medo – da situação; do desconhecido; da morte e, em alguns casos, do fim dos tempos. No enfrentamento, o medo é uma condição necessária da existência simbólica, algumas angústias são direcionadas pelo inconsciente para o medo. E o imaginário é uma resposta à angústia existencial frente à passagem do tempo onde acontece toda execução da vida humana.

Quando nos referimos à compreensão e ao enfrentamento, estamos nos atendo a respostas que os seres humanos possuem e executam, aos estímulos do meio em que vivem e que não se dá de forma instintiva. Há um encadeamento entre reflexão, interpretação e reação, não estamos falando aqui em tempo ou fração de segundos para realização deste sequenciar. Assim postula a TGI: que as imagens, quer sejam elas visuais, auditivas ou sensoriais, detêm

uma importância terapêutica, capaz de organizar a realidade e doar sentido às experiências dos indivíduos (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015).

O imaginário se encontra na universalidade, ele se faz presença nos seres humanos, nas sociedades, sem prender-se ao tempo. É deste erário que o homem faz história, vive os tempos históricos e míticos, transforma o mundo e enfrenta a sua tragédia ontológica, seu fim. E não é nada mais que o trajeto no qual a representação do objeto se deixa assimilar e modelar pelos imperativos que pulsa do sujeito. A imaginação, enquanto função simbólica, revela-se como um fator importante de equilíbrio psicossocial. O imaginário, essencialmente identificado com o mito, constitui o primeiro substrato da vida mental, da qual a produção conceitual é apenas um estreitamento. E a expressão distinta das imagens está no mito, que forma o cerne significativo do imaginário, que se trata de um sistema dinâmico de símbolos, de arquétipos e de *schèmes*, e que sob o impulso deste, tende a transformar-se em narrativa. O mito tem a característica de ser ininterruptamente transpessoal, transcultural e metalinguístico, é nele onde há a permuta do tempo profano por um tempo sagrado. É interessante lembrar que nada disto ocorre de forma aleatória, existe uma lógica, uma estruturação, que faz do imaginário um “mundo” de representações. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015; ARAÚJO; TEIXEIRA 2009). No campo do imaginário, mencionamos que a mitodologia, agrupa dois métodos de pesquisa para fins didáticos, que seriam a mitocrítica e a mitanálise. Nesta nossa pesquisa nos empunhamos deste último, por ser ele capaz de situar os resultados da mitocrítica no seu contexto sociológico e seu objetivo se aproxima por demonstrar como fatores socioculturais influenciam a construção do pensamento na sua dimensão mítica (ARAÚJO; TEIXEIRA, 2009).

A existência de um portador do HIV/ AIDS é assinalada pela antítese saúde e doença que se constitui numa luta contínua onde se vive e morre a cada dia, mas neste prélio não há vencedor nem vencido. Tal indivíduo está imerso num mundo da heterogeneidade. Abordar as necessidades existenciais, componente que apresentou semelhança de resultados entre os estudos realizados no Brasil, expressa bem tal dicotomia: possibilidade de vida após morte; significado da vida; falar sobre seus medos e preocupações e o sentido da doença e do sofrimento. Observa-se nesta relação saúde e doença, a presença de uma angústia existencial que se estrutura como uma lâmina que atravessa o ser humano quando ele se depara com o trânsito da história - o tempo e, a finitude (a morte). E dentre os tipos de doenças, nossa amostra foi distinguida, em meio a tantas outras vidas humanas, com uma doença crônica, leia-se o HIV/ AIDS.

O soropositivo, assim como qualquer outro ser humano, para que possa enfrentar a existências e seus infortúnios faz uso do imaginário, apelando ao inconsciente e à dimensão simbólica que, como já mencionamos, vai desempenhar uma função de eufemização, engendrada pela passagem do tempo e pela certeza da morte, ocasionando o fornecimento, por parte da imaginação, de recursos para o enfrentamento. Que se estrutura por meio de “três soluções: armar-se para destruir a morte; criar um universo harmonioso no qual a morte não possa entrar; ou adotar uma visão cíclica do tempo no qual a morte significa renascimento” (OTON, 2015, p.66). Gerando no indivíduo soropositivo a alteridade que preserva, nutre, mantém, dinamiza e dá sentido à vida.

Em espiritualidade e religiosidade que é o lastro existencial de nossa pesquisa, a TGI se deleita com sua riqueza de sistemas simbólicos e sobre suas narrativas míticas que servem de base para as sociedades e sua trajetória histórica, nas mais diferentes esferas – biológica, social, cultural, religiosa entre outras, e se revelam no imaginário social. Aproveitamos o ensejo e reforçamos que estes aspectos primordiais para o imaginário, envolvem compreensões e vivências das mais diversas marcadas pela laicidade, assim como também pela exclusão da figura de um ser divino e, que tem como ação primaz o de evocar um fundamento para o preenchimento do Ser.

Marcelo Gleiser, físico brasileiro que atua como pesquisador na Faculdade de Dartmouth, nos Estados Unidos, possui uma belíssima reflexão onde diz que a ciência é um método do conhecimento de desvendar significados. E a curiosidade dos cientistas sobre o mundo é manducada pelo mesmo senso de veneração que inspira a fé dos santos e os feitos dos sábios. Ao se aceitar que a ciência é uma criação humana e não um pedaço de um conhecimento divino e perfeito, os cientistas se tornam parte de sua identidade como seres imensamente criativos, mas não infalíveis (GLEISER, 2010). Sendo assim a ciência será sempre incompleta e, outros saberes, inclusive aqueles que estão no mais profundo da psique humana necessitam ser conhecidos, pesquisados, refletidos para que este ser detentor de vida finita, consiga se posicionar diante da realidade com a capacidade de a enfrentar. Desta forma, a TGI vem fazer a todos o convite de imergir nas profundezas da psique humana e se deparar que só há um tempo individual e coletivo e, o campo simbólico é essencial a psique humana.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a pesquisa em questão alcançou o objetivo estabelecido de identificar o contorno espiritual dos pacientes com HIV/AIDS, assistidos no ambulatório da referência estadual, Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, detalhando-o e o compreendendo com a Teoria Geral do Imaginário proposta por Gilbert Durand. Nesse sentido, foi utilizado um instrumento que apresentou boa adequação para avaliação da amostra estudada, seres humanos portadores do HIV/ AIDS e seus resultados se mostraram propícios para sua aplicabilidade técnica.

Conclui-se que os componentes mais adequados para a compreensão do perfil espiritual da amostra em questão, são cinco e, como muito bem observado, apresentando carga fatorial adequada: Necessidades Religiosas ($\alpha = 0,73$), Necessidades de Paz Interior e Apoio Familiar ($\alpha = 0,64$), Necessidades Existenciais ($\alpha = 0,49$) e duas novas necessidades a de Reconhecimento Social ($\alpha = 0,54$) e de Domínio do Tempo ($\alpha = 0,57$), o que vem além de comprovar, reforçar a relevância de nossa pesquisa. O aparecimento dos dois últimos domínios foi a grande novidade deste nosso esforço, fazendo-nos compreender que religiosidade e espiritualidade, em nossa realidade, diferente dos resultados apresentados pelo SpNQ em outros países, não se tratam de temas que estão imbricados, constituindo um órgão foliáceo que depois de formado se estrutura num todo indivisível e de compreensão única. É fato que os aspectos culturais de amostragem, realçaram.

Cada qual realiza sua colheita na seara que melhor lhe permite cultivar. Trazemos em nossa vida uma proximidade ao cristianismo católico, no qual discursar e nos alimentar deste, acaba sendo para nós, quase que um gozo espiritual. Isto não quer dizer que estamos fechados em nossa profissão de fé, cegos às belezas que brotam nas leiras alheias ou, que não possamos comer dos frutos ali produzidos.

No terreno da religiosidade e da espiritualidade, mesmo estando como um mendigo cego à margem de uma via, não nos referimos a uma cegueira literal, mas aquela que não permite olhar algo além de nossa intimidade, é preciso que enxerguemos em virtude. Quanto a isto, nossa própria intimidade espiritual e/ou religiosa, quando não arraigada a doutrinas ou moralismos que ofuscam as outras experiências, se comunica num diálogo similar aquele do mestre, que passa, próximo ao cego mendicante à beira da estrada - “Que queres que te faça? O cego respondeu ‘*Rabôni!* Que eu possa ver novamente’” (BÍBLIA, 1996, p.1775).

Nosso texto dissertativo já se encarregou de apresentar este enxergar em virtude, expondo as devidas particularidades entre a espiritualidade e a religiosidade, além de mostrar números de determinado caso em específico, com toda sua especificidade. Experiências espirituais existem sem necessariamente trafegar pelo caminho da religião e, é possível alcançar aquilo que se denomina de transcendência e se sentir bem, plenamente vivo e feliz sem se acercar da divindade.

A família já comumente tida como célula *mater* da sociedade, fonte de promoção de resiliência e, importante forma de proteção social para o enfermo na atitude do enfrentamento, também pode servir de via para uma experiência espiritual não religiosa e meio de manutenção da paz interior. O amor, emoção tão poetizada por santos e profanos tem sua face divina, já foi dito que: *Deus caritas est*. Destarte, outros encontram refúgio e paz, além das respostas para seus questionamentos acerca da origem das coisas, da vida, da dor, do sofrimento, da morte e de tantos outros temas, à luz da religiosidade nas mais diversas profissões e expressões de fé existentes, ou seja, numa vivência espiritual totalmente ligada à religião ou às religiões.

Foi possível verificar, comparando o tratamento estatístico dos dados com a literatura científica consultada, que apesar da discussão acerca da presença da religiosidade e/ou espiritualidade no contexto da saúde e da prática clínica, é necessário que esse diálogo seja intensificado e se torne parte das estratégias e metas da saúde pública, por compreender a integralidade do ser, sobretudo na sua associação entre esses elementos. Trata-se, portanto, de um diálogo urgente, pela sua legitimidade, que se respalda no discurso acadêmico multidisciplinar envolvente. Como apresentado ao longo da nossa discussão, é necessário o entendimento dos termos que especificam e mostram as diferentes dimensões de religião, religiosidade e espiritualidade, sejam compreendidos e vistos a partir da complexidade apresentada segundo a conjuntura na qual acontecem as vivências, que por sua vez, corroboram com a superação da utilização de um modelo essencialmente biomédico que apresenta uma leitura reducionista e limitadora.

A este respeito, a TGI propõe uma interpretação na qual seja utilizada uma visão holística, onde o indivíduo, sobretudo, aquele inserido no contexto do acometimento HIV/AIDS, seja considerado a partir das suas características biopsicossociais e espirituais, levando em consideração o enfrentamento da doença e a complexidade desse todo, ou seja, as percepções assentadas na leitura do imaginário extrapolariam, enriqueceriam a interpretação convencional de um estudo deste tipo, sobretudo, porque dinamiza a análise dos dados colhidos dando um suporte mais amplo. Portanto, a abordagem metodológica da TGI

realizada nessa pesquisa, encaixa-se no imaginário "noturno" do tipo "disseminatório", porque apontam para a coerência dos contrários morte/vida, da sentença de fundamento ao convívio da cronicidade, ou ainda, na adaptação/assimilação/harmonização de todo o processo.

Assim, no mundo estilizado no qual vivemos, os clássicos conceitos das ciências não conseguem unicamente dialogar e engendrar um processo dialético para a compreensão das novas realidades, das novas tribos e os novos ramos teóricos que se abeiram do campo do imaginário, estas se estruturam como um novo ferramental capaz de se adequar a contemporaneidade. A esta rede de necessidades que cinge os indivíduos e, tendo como lastro o perfil espiritual, atrelamos a TGI. Esta é uma novidade no modo como o ser humano pode ser compreendido levando em conta que o conjunto de características psicológicas do indivíduo não funciona somente por meio de um *start* num desenrolar racional de conceitos, mas funciona também a sombra do inconsciente. Portanto, cada consciência é capaz de edificar o significado/ sentido da sua vida. Durand com sua teoria vem apresentar as ciências que o homem é detentor de meios do inconsciente capazes de transpor dores, traumas, angústias e outras formas de sofrimento, erguendo-se, através de recursos do imaginário, com mais vitalidade. No campo das ciências da saúde a utilização da TGI é trajeto de superação de paradigmas.

Diante de tudo o que foi apresentado, esta pesquisa se mostra significativa em suas contribuições, tanto no que tange ao levantamento de dados quanto as informações produzidas sobre a temática. Intenciona-se ainda com esta, que a compreensão da espiritualidade e da religiosidade do paciente soropositivo seja mais difundida e mais discutida, a fim de contribuir para o fornecimento de uma assistência à saúde, integral e, com resultados mais positivos para o paciente, servindo também, de subsídio para elaboração de políticas públicas e reconhecendo a importância do profissional de ciências das religiões como uma opinião relevante para a tomada de decisões em saúde.

O deserto florirá!

REFERÊNCIAS

- ABELLA, S. I. S. RAFFAELLI, R. As estruturas antropológicas do imaginário de Gilbert Durand em cinco pinturas de Arcimboldo. *Cad. De Pesq. Interdisc. Em Ci-s. Hum-s*, Florianópolis, v. 13, n. 12, p. 224-249, jan./ jun 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1984-8951.2012v13n102p224> Acessado em: 10/05/2018
- ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS (ABL), Acadêmicos. Rio de Janeiro: ABL, 2016. Disponível em: <http://www.academia.org.br/academicos/manuel-bandeira/biografia> Acessado em: 30/12/2018
- ALENCAR, T. M. D. *A vida crônica é novidade na aids: as transformações da aids aguda para a aids crônica, sob o ponto de vista dos pacientes*, São Paulo, SP 2006. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 222. 2006.
- ALENCAR, T. M. D.; NEMES, M. I. B.; VELLOSO, M. A. *Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. Ciênc. e saúde coletiva.*, v.13, n.6, p. 1841-1849, 2008.
- ALMEIDA, A. M.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. *Religiousness and mental health: a review. Rev. Bras. Psiquiat.*, v.28, n. 3, p. 242-250, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018 Acessado em: 01/02/2018.
- ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. C. *Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações*. ABE, São Paulo, 2000.
- ANELLI, L. et al. *Translation and validation of the Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ). J. Pediat. (RioJ)*. 2019; 95, p. 180-187.
- ANGELIM, R. C. de M.; BRANDÃO, B. M. G. C. de M.; FREIRE, D. de A.; SOUZA, V. P. de.; PEREIRA, V. M. A. O.; ABRÃO, F. M. da S. *Spirituality and HIV: a Bibliometric Study in the Health Area. International Archives of Medicine Section: Medical Humanities*. Vol. 9 Nº. 310. 2016. Page 8. Disponível em: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/2001> Acessado em: 03/02/2018.
- ARAÚJO, A. F.; TEIXEIRA, M. C. S. *Gilbert Durand e a pedagogia do imaginário. Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 44, n. 4, p. 7-13, out./dez. 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/viewFile/6539/4746> Acessado em: 06/07/2018.
- ARAÚJO, J. S. de. XAVIER, M. P. *O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. Revista Saúde em Foco*, Teresina, v. 1, n. 1, art. 10, p. 117-149, jan. / jul. 2014. Disponível em: http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/326/382&gws_rd=cr&ei=ycB-WJeGNMebwASnrrrwAg Acessado em: 09/12/2018.

AQUINO, Thiago A. Avellar de. *A presença não ignorada de Deus na obra de Viktor Frankl: articulações entre logoterapia e religião*. São Paulo: Paulinas, 2014.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2ª ed. – Rio de Janeiro: LTC, 2006.

ASAD, T. *Genealogies of Religion. Discipline and Reasons of Power in Christianity and Islam*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993. Disponível em: <http://jan.ucc.nau.edu/~sj6/asadfirstchapter.pdf> Acessado em: 08/03/2018.

BALESTIERI, F. M. P. *Imunologia*. São Paulo: Malone, 2005.

BANDEIRA, M. *Pneumotórax*. In: Poesia completa e prosa. Rio de Janeiro: Nova Aguillar, 1977.

BANDEIRA, M. *Acalanto de John Talbot*. In: Lira dos cinquent'anos. São Paulo: Global, 1944.

BARROS, A. T. M. P. *Comunicação e imaginário: uma proposta metodológica*. *Intercom - Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*. São Paulo, v.33, n.2, p.125-143, jul./dez.2010.

BARROS, S. G.; SILVA, L. M. V. da. *A gênese da política de luta contra a aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989)*. *Rev Saúde Pública*, 2016;50:43 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005801.pdf Acessado em: 26/05/2018.

BERGER, P. L. *O dossel sagrado – elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Paulus, 2017.

BÍBLIA. Bíblia de Jerusalém, 5ª Edição. São Paulo: Paulus, 1996.

BOEMER M. R. *A condução de estudos segundo a metodologia fenomenológica*. *Rev. Latino-Americana. Enferm.* 1994 Jan-Mar; 2 (1): 83-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a16.pdf> Acessado em: 10/06/018.

BOFF. L. *Jung e o mundo espiritual*. Correio Rio-Grandense, Caxias do Sul, 15 de novembro de 2009.

BOFF. L. *Espiritualidade – Um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BOTTI, L. M, LEITE B. G, PRADO F. M, WADMAN P. A. M, MARCON, S.S. *Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/AIDS*. *Rev. Enferm. UERJ* 2009; 17 (3):400-405. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a18.pdf> Acessado em: 09/04/2019

BOURDIEU, Pierre. *Gênese e estrutura do campo religioso*. In: BOURDIEU, Pierre. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *História da luta contra a AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. *Rede Nacional de Laboratórios de CD4+/CD8+*. 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/monitoramento-da-infeccao-pelo-hiv-hiv/rede-nacional-de-laboratorios-de> Acessado em: 08/12/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV AIDS - 2017*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – Ministério da Saúde, 2018.

BRITO, H. L. de. *Coping religioso, resiliência e qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS*. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília. Brasília, p. 134. 2016.

BUDAG, F. E. *Sobre imaginário, mitos e arquétipos: exercício aplicado à narrativa audiovisual*. Revista Novos Olhares - Vol.4 N.2. DOI: 10.11606/issn.2238-7714.no.2015.102083 Disponível em: <file:///C:/Users/Cassiano/Downloads/102083-Texto%20do%20artigo-198864-1-10-20160201.pdf> Acessado em: 26/08/2018.

BÜSSING, A.; RECCHIA, D. R. KOENIG, H. BAUMANN, K. FRICK, E. F. *Structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in Persons with Chronic Diseases, Elderly and Healthy Individuals*. Religions 2018, 9, 13; doi:10.3390/rel9010013. Disponível em: [file:///C:/Users/C.%20Augusto/Downloads/religions-09-00013%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/C.%20Augusto/Downloads/religions-09-00013%20(1).pdf) Acessado em: 12 fev. 2018.

BÜSSING, A.; VALENTE, T. C. de O.; CAVALCANTI, A. P. R.; COSTA JUNIOR, C. P. da. *Trasultural adaptation and psychometric properties of portuguese version of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) among hiv positive patients in Brazil* Religions 2018, 9, 135; doi:10.3390/rel9040135. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2077-1444/9/4/135> Acessado em: 23/05/2018.

BÜSSING, A. ZHAI, X. PENG, W. LING, C. *Psychosocial and spiritual needs of patients with chronic diseases: validation of the Chinese version of the Spiritual Needs Questionnaire*. Journal of Integrative Medicine. March 2013, Vol.11, N°.2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23506691> Acessado em: 27/04/2019

BÜSSING A, BALZAT H.J, HEUSSER P. *Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire*. Eur J Med Res. 2010 Jun 28;15(6):266-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20696636> Acessado em: 11/04/2019

CALDEIRA, S. *O cuidado de Saúde no context relacional enfermeiro e mulher idosa: o olhar dos sujeitos envolvidos*. 2012. 99f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: file:///C:/Users/C.%20Augusto/Downloads/Sebastiao_Caldeira.pdf Acessado em: 10/06/2018

CAMARGO JUNIOR, K. R. de. *As ciências da AIDS e a AIDS das ciências: o discurso medico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

CARVALHO, C. C. de. *O pesquisador na esfera qualitativa: um estudo observacional sobre o filme área q.FFBusiness*– Fortaleza– V.11, – Nº 12 – out. 2013. Disponível em: http://cdn.ffb.edu.br/sites/default/files/artigos_ffbbusiness/artigo_3_20132.pdf Acessado em: 02/06/2018

CATUNDA, C; FLEURY, E. M; LEMÉTAYER, F. *Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, 2016, Vol. 32 n. esp., pp. 1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32nspe/1806-3446-ptp-32-spe-e32ne218.pdf> Acessado em: 09/03/2018.

CAVALCANTE, A. P. *"É um Luxo Trabalhar com Religião e AIDS!" uma Análise sobre o Caderno "AIDS e Igrejas: um Convite à Ação" no Grupo de Trabalho Religiões do Estado de São Paulo*. 2010. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo.

CAVALCANTI, C. A. CARMONA, R. M. *Uma leitura do imaginário na iconografia devocional: atributos e adereços de São José*. In: COSTA, C. L. F. COSTA, L. A. F. P. SILVA, V. da (org). *Justiça e santidade – entre o ideal humano e o divino*. Goiânia: Espaço acadêmico, 2018. Cap. 19, p. 370 – 385.

CAVALCANTI, C. A. CAVALCANTI, A. P. *O que é imaginário? Olhar biopsicossocial da obra transdisciplinar de Gilbert Durand*. João Pessoa: Editora UFPB, 2015.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Disponível em: <https://www.cdc.gov/> Acessado em: 24/05/2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Pneumocystis pneumonia: Los Angeles. Morbidity and a Mortality Weekly Report (MMWR)*. Center OfDiseaseControl, n. 30, p. 250-252. In: TEODORESCU, L. L. TEIXEIRA, P. R. *Histórias da AIDS no Brasil*. V.1: as respostas governamentais à epidemia da AIDS. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais, 2015.

CHAREST, Maxime. *The Health Implications of Spirituality for Persons Living with HIV*. (Master of Arts)In: the School of Religion at Queen's University. Kingston: Queen's University (Ontário), 2016. 59 p.

D'MELLO, L.; GOVINDARAJU B. M.; MONTEIRO, M. *Influence of Religion and Spirituality on HIV Positive People*. *International Journal of Management, Technology, and Social Sciences (IJMTS)*, ISSN: 24XX-XXXX, Vol. 1, No. 2, June 2017. Page 1-5.

DANIEL, H.; PARKER, R. *Aids, a Terceira Epidemia: ensaios e tentativas*. São Paulo: Iglu, 1991.

DARDE, V. W. da S. *A AIDS na imprensa: a construção da imagem da epidemia e a influência na promoção da cidadania*. *Em Questão*, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 247-259, jul./dez. 2004. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/EmQuestao/article/view/93/51> Acessado em: 25/05/2018.

DELUMEAU, J. *História do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DOMINGUEZ, B. *PrEP E PEP, uma nova geração de estratégias para impedir a infecção pelo vírus HIV*. Radis. Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_171_web.pdf Acessado em: 26/05/2018.

DOWDLE, W.R., *The epidemiology of AIDS*. *Public Health Rep*, 1983. 98(4): p. 308-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424468/> Acessado em: 24/05/2018.

DURAND, G. *A imaginação simbólica*. Trad. Carlos Aboim de Brito. 6ª ed. Lisboa: Edições 70, 1993.

DURAND, G. *As estruturas antropológicas do imaginário*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

DURAND, G. *La foi ducordonnier*. Paris: Denoël, 1984.

DURAND, G. *Lesstructuresanthropologiques de l'imaginaire. Introduction à une archétypologie générale*. Paris: Bordas, 1969.

DURKHEIM, É. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Paulinas, 1989.

DURO, M. HIV/AIDS, *A Brief History of a new/old infection*. *Acta Farmacêutica Portuguesa* 2016, vol. 5, n.1, pp. 24-35. Disponível em: <http://actafarmacapeuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/106/144> Acessado em: 24/05/2018.

FARRIS, J. R. Aconselhamento psicológico e espiritualidade. In: AMATUZZI, M. M. *Psicologia e espiritualidade*. 2ª ed. São Paulo: Paulus, 2008.

FERREIRA, A. B. de H. *Miniaurélio século XXI: o minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FIELD, Andy. *Descobrimo a estatística usando o SPSS-2*. Bookman Editora, 2009.

FILORAMO, G. PRANDI, C. *As ciências das religiões*. São Paulo: Paulus, 2016.

FLECK, M. P. de A. *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):33-38, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2000.v5n1/33-38/pt> Acessado em: 27/05/2018.

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002.

FORNAZARI, S. A. FERREIRA, R. *El Rafihi. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Abr-Jun 2010, Vol.

26 n. 2, pp. 265-272. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2.pdf>
Acessado em: 16/09/2018.

FRANÇA, M. S. J. *Ciências em tempo de Aids: uma análise da resposta pioneira de São Paulo à epidemia*. 2008. 195 f. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FREITAS, C. R. de. *Em busca do fora: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)*, 2017. 303 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Psicologia. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/2017_t_Cristiano.pdf Acessado em: 26/05/2018.

FREITAS, A. L. P., RODRIGUES, S. G. *A avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach*. In: Simpósio de Engenharia de Produção, 2005, Bauru. Anais. São Paulo: SIMPEP, 2005.

GLEISER, M. *Criação imperfeita; cosmo, vida e o código oculto da natureza*. São Paulo: Record, 2010.

GEERTZ, C. *A religião como sistema cultural*. In: *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIOVANETTI, J. P. *Psicologia existencial e espiritualidade*. In: AMATUZZI, M. M. *Psicologia e espiritualidade*. 2ª ed. São Paulo: Paulus, 2008.

GOLDIM, José Roberto. *Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde / Bioética e Eugenia*. Porto Alegre: Da Casa, 1998. Disponível parcialmente em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eugenia.htm> . Acessado em: 19 de junho de 2019.

GOMES, K. K. et al. *Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior*. *Ver BrasMed Trab*. 2017;15(1):18-28. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/210/pt-BR/qualidade-de-vida-e-qualidade-de-vida-no-trabalho-em-docentes-da-saude-de-uma-instituicao-de-ensino-superior> Acessado em: 06/04/2018.

GONÇALVES, J. P. de B.; LUCCHETTI, G., MENEZES, P. R.; VALLADA, H. *Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: a systematic review of randomized controlled clinical trials*. *PLoS ONE*. 2017;12(10):e0186539 Disponível em: <https://doi.org/article/f8e4f68b855f4affa2d796b9bc13691e?frbrVersion=5> Acessado em: 22/06/2019.

GONZÁLEZ, A.D. et al. *Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde*. *Comunicação saúde educação* v.16, n.42, p.809-817, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/aop3612> Acessado em: 10/06/2018.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L. D.; TEIXEIRA, P. R. *Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária*. *Rev Panam. Salud Publ.*,

Washington, DC, v. 26, n. 1, p. 87-94, nov. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf> Acessado em: 03/02/2018.

GRESCHAT, H. J. *O que é Ciência da Religião?* São Paulo: Paulinas, 2005.

GUERRIERO, S. *Antropologia da Religião*. In: PASSOS, J. D. USARKI, F. (Org.) *Compêndio de ciência da religião*. São Paulo: Paulus, 2013.

HABERMAS, J. *O futuro da natureza humana: a caminho de uma eugenia liberal?* 2.a ed. Trad. Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

HANEGRAFF, W. *New Age spiritualities as secular religion: a historian's perspective*. *Social Compass*, 46(2), 1999b, p. 145-160. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/003776899046002004> Acessado em: 03/06/2018.

HOCK, K. *Ciência da religião*. São Paulo, Loyola, 2010.

HOLANDA, A. *Fenomenologia e Psicologia: Diálogos e interlocuções*. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, vol. XV, núm. 2, dezembro, jul-dez, 2009, pp. 87-92. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3577/357735514002.pdf> Acessado em: 10/06/2018

HONGYU, Kuang. *Análise Fatorial Exploratória: resumo teórico, aplicação e interpretação*. *E&S - Engineering and Science* ISSN: 2358-5390 DOI: 10.18607/ES201877599 Volume 4, 7ª edição, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/eng/article/view/7599> Acessado em: 26/02/2019.

HORA, Henrique R. M. da; MONTEIRO, Gina T. R.; RICA, José. *Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach*. *Produto & Produção*, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

HUSSERL, E. *Conferências de Paris*. Lisboa: Edições 70. 1992.

JARDIM, M. F. *Manuel Bandeira: "Tão Brasil!"*. 2007. 180 f. Tese (Doutorado em Letras) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

JEOLÁS, L. S. *Os jovens e o imaginário da AIDS: entre o risco e a prevenção*. *SERV. SOC. REV.*, LONDRINA, V. 2, N. 2, P.121-134, JUL./DEZ. 1999 Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/n1v2.pdf?#page=121> Acessado em: 10/01/2019

KOENIG HG, MCCULLOUGH M, LARSON DBB. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University press., 2001. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/shi.146> Acessado em: 30/11/2018

KOENIG, H. G., PARGAMENT, K. I., & NIELSEN, J. (1998). *Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 513-521. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9741556> Acessado em: 12/04/2018

KOENIG, H.G. *Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice*. *South Med J.*, v. 97, p. 1194-200, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15646757> Acessado em: 28/08/2018

LAKATOS, E. M.; MARCONI, Marina de A. *Técnicas de pesquisa*. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LATOUR, B. “Não congelarás a imagem”, ou: como não desentender o debate ciência-religião. *Mana*, v. 10, n. 2, p. 349-375, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v17n35/v17n35a11.pdf> Acessado em: 21/05/2018.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. *Histórias da Aids no Brasil, 1983-2003: as respostas governamentais à epidemia de Aids*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 1, 2015.

LAZZARI JUNIOR, J. C. *Psicologia e religião em Viktor Frankl: a relação entre ciência e espiritualidade na logoterapia*. *Revista Eletrônica Espaço Teológico*. Vol. 7, n. 11, jan/jun, 2013, p. 60-75 ISSN 2177-952X. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/reveleto/article/viewFile/15714/11779> Acessado em: 08/12/2018.

LIMA, K. da S. *Aplicação da teoria de resposta ao item na validação do inventário de desordem alimentar*. 2018. 238 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *São Paulo Medical Journal*, 2013, Vol.131(2), pp.112-122. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802013000100022> . Acessado em: 22/06/2019.

MEDEIROS, Bruno. *A Relação entre Religiosidade, Culpa e Avaliação de Qualidade de Vida no Contexto do HIV/AIDS*. 2010. 99 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7016> Acessado em: 10/04/2019

MERLEAU-PONTY, M. *Merleau-Ponty, na Sorbonne: resumo de cursos psicossologia e filosofia*. Campinas: Papirus, 1990.

MILLER, W. L. *Effects of Stigma on the Use of Spirituality by Older Black Men Living with HIV*. Walden Dissertations and Doctoral Studies Collection. Walden University ScholarWorks. 2018. Page 160. Disponível em: <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/5226/> Acessado em: 17/06/2018

MINAYO, M. C.de S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MONTERO, José Maria Puyol., CAÑIZARES, Enrique Roldan. *Diccionario de Catedraticos Españoles de Derecho (1847 – 1943)*. Disponível em: http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/instituto_figuerola/programas/phu/diccionariodecatedraticos/lcatedraticos/jasua#fuentes . Acesso em: 23 de jun. de 2019.

MONTEIRO, L. V. B.; ROCHA JUNIOR, J. R. *A dimensão espiritual na compreensão do processo saúde-doença em psicologia da saúde*. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Alagoas*, v. 4; n. 2; p. 15-30; novembro 2017.

MORAES, H. J.P. *O regime diurno da imagem: rede social e a antítese vida e morte*. *Artefactum – revista de estudos em linguagem e tecnologia* ano VIII – Nº 02/2016. Disponível em: <http://artefactum.rafrom.com.br/index.php/artefactum/article/view/1099> Acessado em: 15/06/2018

MORIN, Edgar. *O método 5: a humanidade da humanidade – a identidade humana*. Trad. Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2002.

MOSER, A. M. M.; TRAEBERT, J. *Adaptação transcultural do questionário HIV/AIDS-Target Quality of Life para avaliação da qualidade de vida em pacientes com HIV/aids*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1357-1362, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a70v16s1.pdf> Acessado em: 07/03/2018

NAKANO, T. C.; PRIMI, R.; NUNES, C. H. S. *Análise de itens e Teoria de Resposta ao Item (TRI)*. In HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D.R.; TRENTINI, C. M. (Org.). *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 97-124.

NANDA-I, *Diagnósticos de enfermagem da. - definições e classificação 2018-2020* [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018. Disponível em: http://nascecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/08/NANDA-I-2018_2020.pdf Acessado em: 09/04/2019

NASCIMENTO, M. R. *Religiosidade e cultura popular: catolicismo, irmandades e tradições em movimento*. *Revista da Católica, Uberlândia*, v. 1, n. 2, p. 119-130, 2009.

NEJAT, N. WHITEHEAD, L. CROWE, M. *Exploratory Psychometric Properties of the Farsi and English Versions of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)*. *Religions* 2016, 7, 84; doi:10.3390/rel7070084. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/30c0/d5ae2e35b6d6f4e35c072aac62b967d9e93f.pdf> Acessado em: 27/04/2019

OLIVEIRA, M, R. JUNGES, J. R. *Saúde mental e espiritualidade/ religiosidade: a visão de psicólogos*. *Estudos de Psicologia*, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, 2012.

OLTRAMARI, L. *Contribuições da fenomenologia de Alfred Schutz para as pesquisas sobre AIDS: considerações epistemológicas e metodológicas*. R. Inter. Interdisc. INTERthesis, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, e ISSN 1807-1384, Jul-dez, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/726/10788> Acessado em: 10/06/2018

ORO, Ivo P. *O fenômeno religioso*. São Paulo: Paulinas, 2013.

OTON, K. M. B. *Imagens do sagrado para os dependentes químicos*. 2015. 117 f. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7869/2/arquivototal.pdf> Acessado em: 12/01/2018.

PAIVA, G. J de. *Psicologia da religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma (?) disciplina*. In: AMATUZZI, M. M. Psicologia e espiritualidade. 2ª ed. São Paulo: Paulus, 2008.

PANZINI, R. G., ROCHA, N. S., BANDEIRA, D. R., & FLECK, M. P. A. (2007). *Qualidade de vida e espiritualidade*. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34, 105-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a14v34s1.pdf> Acessado em: 15/07/2018.

PARAÍBA. COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS DR. CLEMENTINO FRAGA (CHCF). *Boletim epidemiológico – 2018*. João Pessoa: Núcleo de epidemiologia hospitalar (NEH), 2018.

PASSOS, J. D. USARKI, F. (Org.) *Compendio de ciência da religião*. São Paulo: Paulus, 2013.

PASQUALI, Luiz. *Psychometrics*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. SPE, p. 992-999, 2009.

PEÇANHA, D. L.; SILVA, P. M. *Saúde mental: estudos sobre a contribuição da espiritualidade*. Universidade Federal de São Carlos. Centro de Educação em Ciências Humanas: Departamento de Psicologia. 2005. Disponível em: <http://www.ufscar.br/~bdsepsi/205a.pdf> Acessado em: 16/06/2018

PESSINI, Leo. *Espiritualidade e arte de cuidar – sentido da fé para a saúde*. São Paulo: Paulinas, 2010.

PINHO, C. M. DAMASO, B.F.R. GOMES, E.T. TRAJANO, M. F. C. ANDRADE, M.S. VALENÇA, M.P. *Religious and spiritual coping in people living with HIV/Aids*. *Rev BrasEnferm* [Internet]. 2017;70(2):392-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0170>

PITTA, D. P. R. *Iniciação à teoria do imaginário de Gilbert Durand*. Rio de Janeiro: Atlântica Editora, 2005.

PITTA, D. P. R. *The insertedbody in a diversityof cultural logics: a poeticsofsexuality*. *Bagoas*. n. 02 | 2008 | p. 65-73. Disponível em <https://docplayer.com.br/29031878-O-corpo-inserido-em-diversas-logicas-culturais-uma-poetica-da-sexualidade.html> Acessado em: 26/08/2018

PONTES, A. de M. *Evidências empíricas de um modelo teórico para explicar a noopsicossomática em pessoas vivendo com HIV/AIDS*. 2012. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4197> Acessado em: 04/12/2018

PONTES, A. de M; AQUINO, T. A. A. de; GOUVEIA, V. V; FONSÊCA, P. N. da; KLUPPEL, B. L. P. *Noopsicossomática em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Evidências de um Modelo Explicativo*. Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 46, n. 1, pp. 129-138, jan.-mar. 2015. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/17332> Acessado em: 08/12/2018

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Disponível em:

<https://unaid.org.br/2017/11/vivendo-com-hiv-mas-morrendo-de-tuberculose/> Acessado em: 12/01/2019

QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L. de. *Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil*. Cad. Saúde Pública 33 (11) 21 Nov 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n11/e00112516/pt> Acessado em: 27/08/2018

SABATO, E. *Tango: discusión y clave*. Buenos Aires: Losada, 1963.

SALES, H. F. S. *Desenvolvimento de um banco de itens para avaliar o transtorno depressivo maior*. 2017. Dissertação (Mestrado em Neurociência Cognitiva e Comportamento), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SAMEJIMA, F. *Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores*. Psychometrika, v. 35, n. 1, p. 139-139, 1969.

SAMPAIO, D. S. *As manifestações de religiosidade não contêm traços necessários de uma religião: uma análise das relações entre poder judiciário religiões afro-brasileiras*. Mneme – revista de humanidades. Caicó, v. 15, n. 34, p. 54-82. jan./jun. 2014.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. del Pilar B. *Metodologia de Pesquisa*, 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, N. J. S; BARBOSA, R. M; PINHO, AA; VILLELA, W.V; AIDAR, T; FILIPE, E. M. V. *Contextos de vulnerabilidade para o HIV em mulheres brasileiras*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf> Acessado em: 26/05/2018.

SEGRE, M. FERRAZ, F. C. *O conceito de saúde*. Revista Saúde Pública, São Paulo, 1997. 31 (5), 538-542. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf> Acessado em: 09/12/2018.

SENA, E.L.S. REIS, H.F.T. CARVALHO, P.A.L. SOUZA, V.S. *A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica*. Rev Rene, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):181-8. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4183> Acessado em: 12/05/2018.

SERRA, L. S. BARROS, J. de D. *As contribuições da Teoria do Imaginário para o desenvolvimento curricular contemporâneo*. Revista Eletrônica de Educação, v. 8, n. 2, p. 228-243, 2014. ISSN 1982-7199 | DOI: <http://dx.doi.org/10.14244/19827199935> Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/935/348> Acessado em: 24/08/2018.

SIJTSMA, K. *On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha*. *Psychometrika*. 2009 Mar;74(1),107-20.

SILVA, P. E. *AIDS e religiosidade: influências intersubjetivas aos acometidos pela epidemia*. 2009. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SKINNER, B. F. *Ciência e comportamento humano*. Tradução João Carlos Todorov, Rodolfo Azzi. 11ª ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SOARES, M. do S.de. *Um grito de dor ou uma canção de amor? Espiritualidade na realidade de clientes com HIV/ AIDS*. 2003,151 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

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

SOUZA DA SILVA, L. M; TAVARES, J. S. C. *A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira* *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, núm. 4, abril, 2015, pp. 1109-1118 Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-familia-como-rede-de-apoio-as-pessoas-que-vivem-com-hiv-aids-uma-revisao-na-literatura-brasileira/14949?id=14949> Acessado em: 09/04/2019

SPICKARD, J. *Fenomenologia.REVER*. Ano 14. Nº 01. jan/ jun 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rever/article/viewFile/20285/15061> Acessado em: 15/08/2018.

TERRA, M. G. SILVA, L. C. da. CAMPONOGARA, S. SANTOS, E. K. A. dos. SOUZA, A. I. J. de. ERDMANN, A. L. *Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem*. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, 2006 Out-Dez; 15(4):672-8.

USARSKI, F. *História da ciência da religião*. In: PASSOS, J. D. USARKI, F. (Org.) *Compendio de ciência da religião*. São Paulo: Paulus, 2013. Pp. 51-61.

VALENTE, T. C. de O. CAVALCANTI, A. P. R. BÜSSING, A. COSTA JUNIOR, C. P. da. MOTTA, R. N. *Transcultural Adaptation and Psychometric Properties of Portuguese Version of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) Among HIV Positive Patients in Brazil*. *Religions* 2018, 9, 135; doi:10.3390/rel9040135. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/9/4/135> Acessado em: 27/04/2019

VALLE, J. E. dos R. *Religião e espiritualidade: um olhar psicológico*. In: AMATUZZI, M. M. *Psicologia e espiritualidade*. 2ª ed. São Paulo: Paulus, 2008.

WHO (World Health Organization) 2018. Disponível em: <https://www.who.int/about/mission/en/> Acesso em: 09/12/2018

WHO (World Health Organization) 1998. *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO,

Genebra. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf Acessado em: 28/05/2018.

YIN, R. K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Trad. Daniel Bueno. São Paulo: Penso, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICEI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa será sobre o perfil espiritual dos pacientes com HIV/ AIDS assistidos no ambulatório de um hospital de referência na cidade de João Pessoa/Pb. Estará sendo desenvolvida por Cassiano Augusto Oliveira da Silva, aluno do Mestrado em Ciências das Religiões, sob a orientação dos professores Doutores Carlos André Cavalcanti e Ana Paula Cavalcanti.

O objetivo principal do estudo será o de identificar o perfil espiritual dos pacientes com HIV/ AIDS assistidos no ambulatório de um hospital de referência na cidade de João Pessoa/Paraíba. E como objetivo secundário, replicar o questionário de necessidades espirituais, *The Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) de Büssing (*et al*, 2018), norteando-se pelas teorias das ciências das religiões.

A finalidade deste trabalho é o de compreender a especificidade do ambiente religioso dentro do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosas Dr. Clementino Fraga, e os resultados deste levantamento ajudarão na validação de um instrumento para identificação das necessidades espirituais de pacientes, contribuindo para o debate sobre a relevância usufruída pela religiosidade/ espiritualidade na assistência à saúde; na tomada de decisões e projetos de intervenção por parte dos gestores da instituição e, contribuindo para a área de ciências das religiões no que tange a área de espiritualidade e saúde.

Os critérios de inclusão do estudo serão: indivíduos adultos, de todos os gêneros, alfabetizados para leitura, compreensão e preenchimento do questionário no momento da aplicação; assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, acometidos pelo HIV/ AIDS atendidos pelo ambulatório do CHCF e, de diferentes condições socioeconômicas.

Os critérios de exclusão serão: indivíduos menores de idade e não alfabetizados incapacitados à leitura, compreensão e preenchimento do questionário ou que se recusem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Solicitamos a sua colaboração para a realização da pesquisa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo na minha dissertação de mestrado, em eventos da área de ciências das religiões e publicar em revista científica sem divulgação da identidade. Por ocasião da publicação dos resultados, os nomes serão mantidos em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis a nenhuma pessoa envolvida, além disso, firmamos a garantia do anonimato e sigilo das informações relacionadas a nome e endereço dos envolvidos na pesquisa. Nesta pesquisa não faremos uso de imagens.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação no seu local de trabalho.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Faz-se necessário esclarecer que o conteúdo deste termo está em consonância com as determinações da resolução 466/12 do CNS, que trata da pesquisa com seres humanos.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Cassiano Augusto Oliveira da Silva – Contato – (83) 99981-8956 – E-mail: cassianojpb@gmail.com - Endereço (Centro de Educação - Pós-Graduação em Ciências das Religiões – PPGCR - UFPB) Campus Universitários I - Cidade Universitária - CEP. 58051-085 - João Pessoa/PB. Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB – Tel.: (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com
Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador

Obs.: O sujeito da pesquisa e o pesquisador responsável deverão obrigatoriamente assinar no fim deste termo

APÊNDICE II – QUESTIONARIO DE NECESSIDADES ESPIRITUAIS

Cada pessoa tem seus pontos de vista únicos e particulares. As frases abaixo foram ditas por diversos outros pacientes e podem não se aplicar necessariamente ao que você pensa. Por favor, leia cuidadosamente as frases que você vê abaixo e então indique quão verdadeira elas são para você e sua situação atual circulando um número por linha.

Quando você achar que é uma necessidade (SIM), então indique quão forte ela é.

De outra forma indique a opção NÃO.

Por favor seja o mais honesto e verdadeiro possível. Não há resposta certa ou errada.

Nos últimos 30 dias, você tem sentido necessidade de....		não	sim	se SIM, qual a intensidade disso?		
				MEDIA	FORTE	MUITO FORTE
N2	Falar com os outros sobre seus medos e preocupações?	☐	☐	1	2	3
N3 *	Que alguém de sua comunidade religiosa (ex: pastor, padre) cuidasse de você?	☐	☐	1	2	3
N4	Refletir sobre seu passado?	☐	☐	1	2	3
N5	Resolver aspectos “em aberto”, problemas pendentes na sua vida?	☐	☐	1	2	3
N6	Ter mais contato com a beleza da natureza?	☐	☐	1	2	3
N7	Permanecer em um lugar de quietude e paz?	☐	☐	1	2	3
N8	Encontrar paz interior?	☐	☐	1	2	3
N10	Encontrar sentido na doença e/ou sofrimento?	☐	☐	1	2	3
N11	Falar com alguém sobre o significado da vida?	☐	☐	1	2	3
N12	Falar com alguém sobre a possibilidade de vida após a morte?	☐	☐	1	2	3
N13	Voltar-se para alguém em uma atitude de amor?	☐	☐	1	2	3
N14	Abrir mão, doar algo seu?	☐	☐	1	2	3
N15	Consolar alguém?	☐	☐	1	2	3
N16	Perdoar alguém de seu passado?	☐	☐	1	2	3
N17	Ser perdoado?	☐	☐	1	2	3
N18	Rezar/orar com alguém?	☐	☐	1	2	3
N19	Que alguém reze por você?	☐	☐	1	2	3
N20	Rezar para si mesmo?	☐	☐	1	2	3
N21	Participar de uma cerimônia religiosa (ex: missa, culto)?	☐	☐	1	2	3
N22	Ler livros religiosos/espirituais?	☐	☐	1	2	3
N23	Voltar-se para uma presença maior (ex: Deus, Alá)?	☐	☐	1	2	3
N24*	Se sentir completo e seguro?	☐	☐	1	2	3
N25*	Sentir-se conectado com sua família?	☐	☐	1	2	3
N26	Transmitir sua própria experiência de vida a outras pessoas?	☐	☐	1	2	3
N27	Ter certeza de que sua vida teve valor e significado?	☐	☐	1	2	3
N28	Ser inserido novamente nas preocupações de seus familiares	☐	☐	1	2	3
N30	Receber mais suporte de sua família	☐	☐	1	2	3

Fonte: © Prof. Dr. Arndt Büsing, Witten/ Herdecke University; Portuguese Version: Prof. (as) Tânia C O Valente, Ana Paula R Cavalcanti e aluno Anderson Tarocco Junior, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – RJ

GÊNERO: () masculino () feminino () outro

IDADE: () menos de 30 () entre 30 e 49 anos () entre 50 e 70 anos () acima de 70

INSTRUÇÃO: () não declarou () fundamental incompleto () fundamental completo

() médio incompleto () médio completo () superior incompleto () superior completo

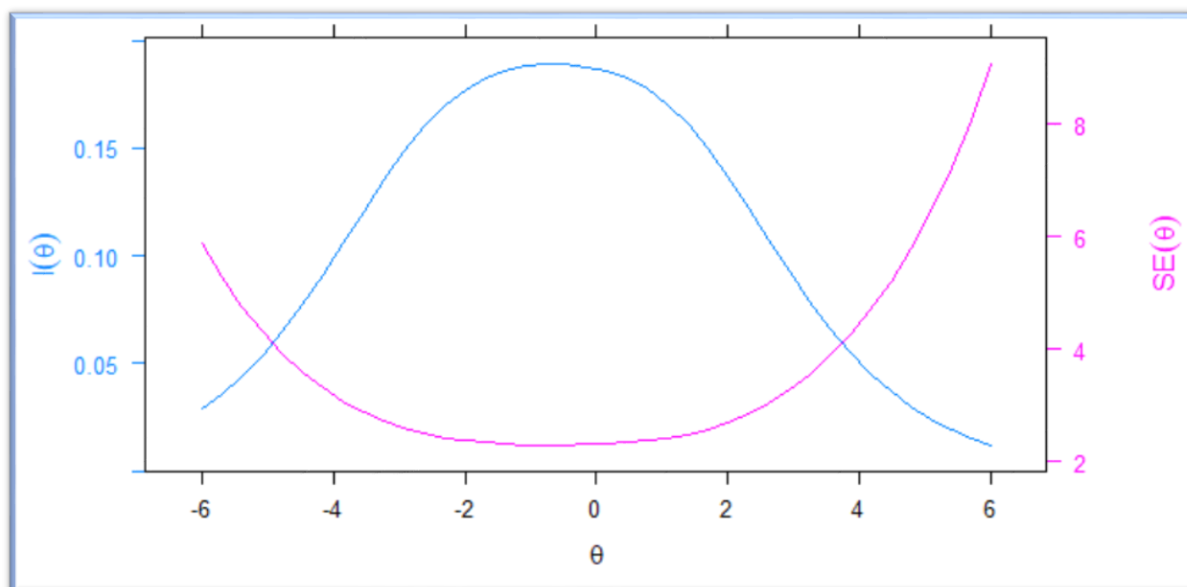
PELO MENOS 2 X SEMANA PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE LIGADA À RELIGIOSIDADE? () não () sim

QUAL ATIVIDADE? _____ QUAL RELIGIÃO? _____

APÊNDICE III – CURVAS CARACTERÍSTICAS DOS ITENS E CURVAS DE INFORMAÇÃO DOS ITENS

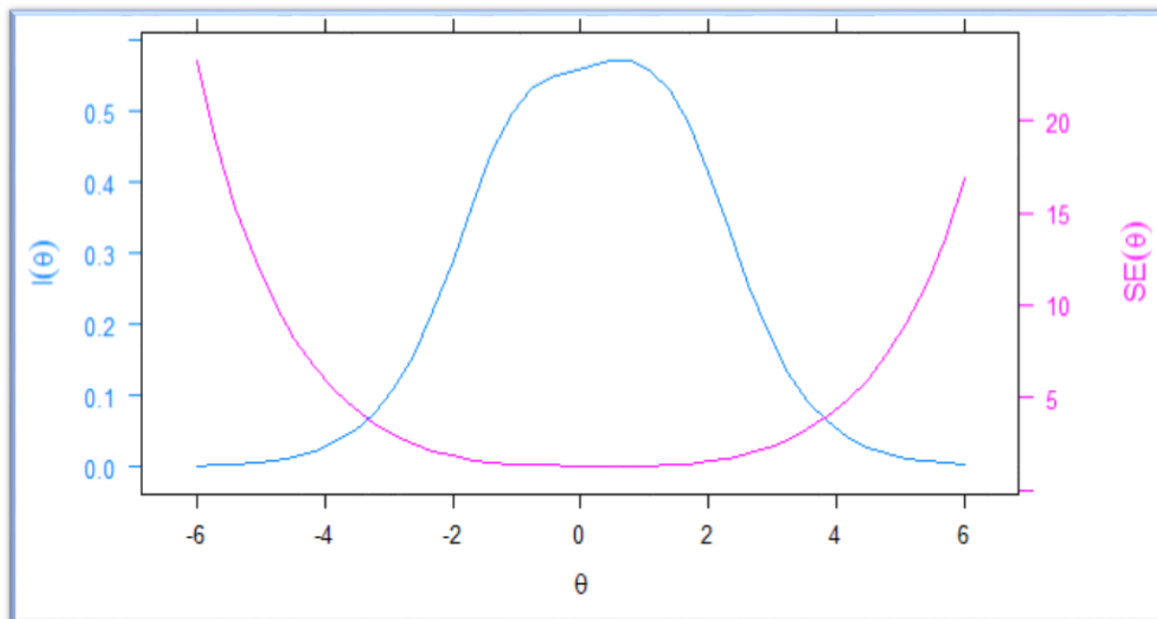
a) Componente RN

Gráfico 1 -Item 13

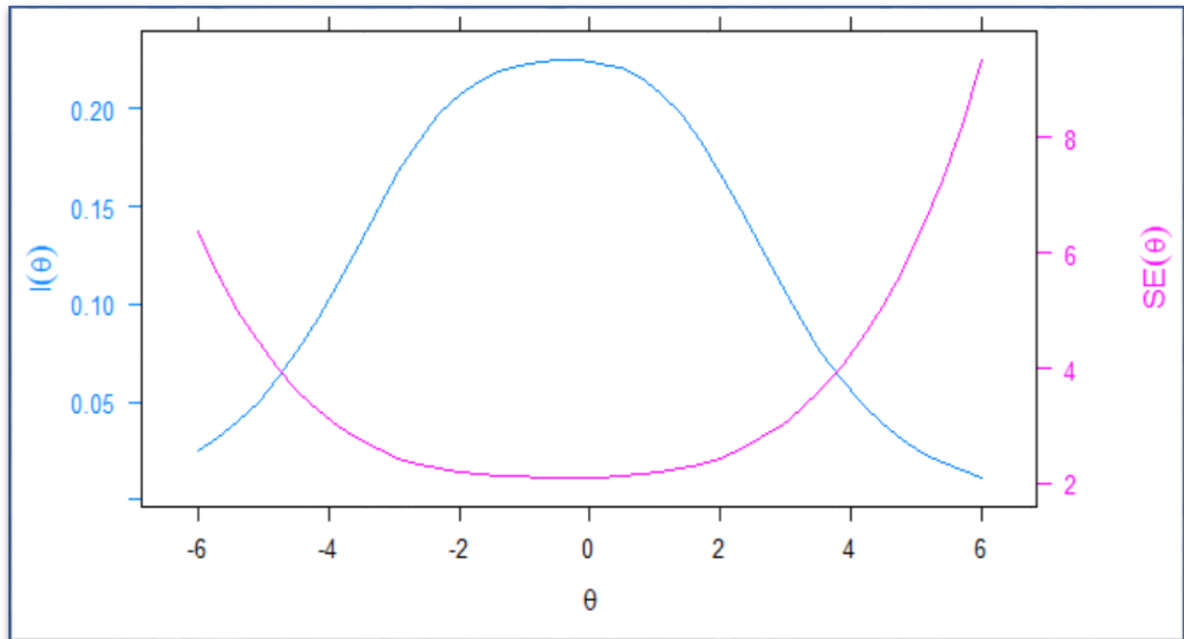


Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

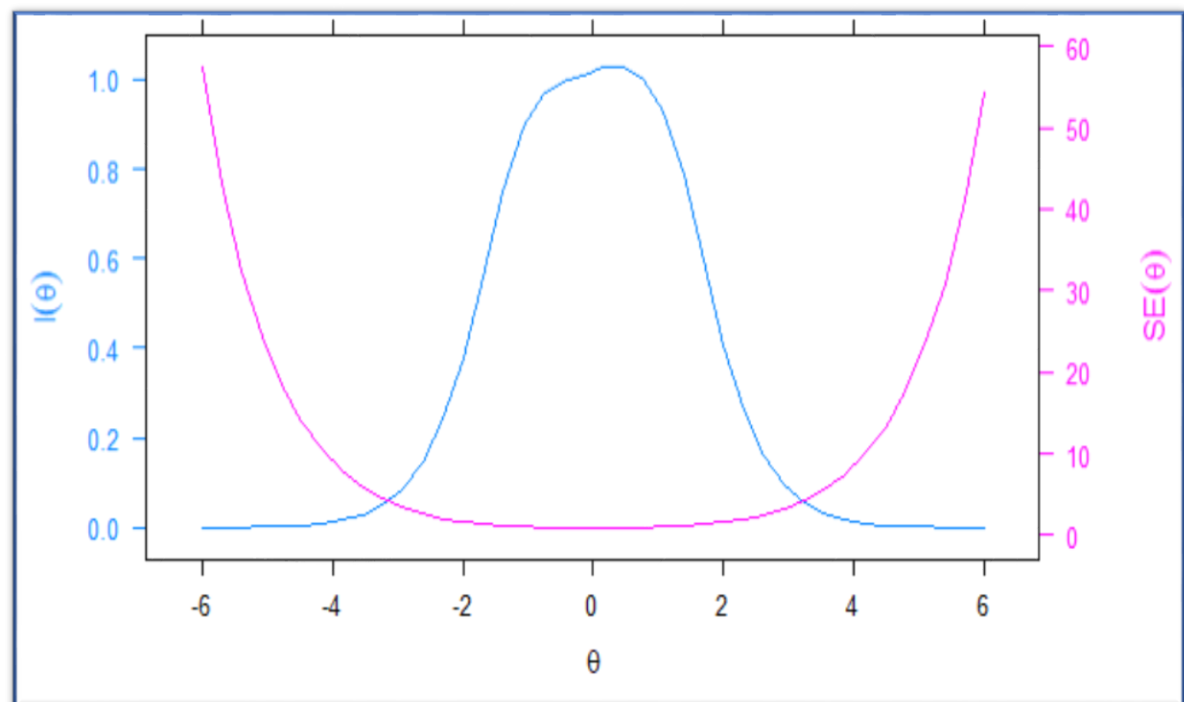
Gráfico 2- Item 14



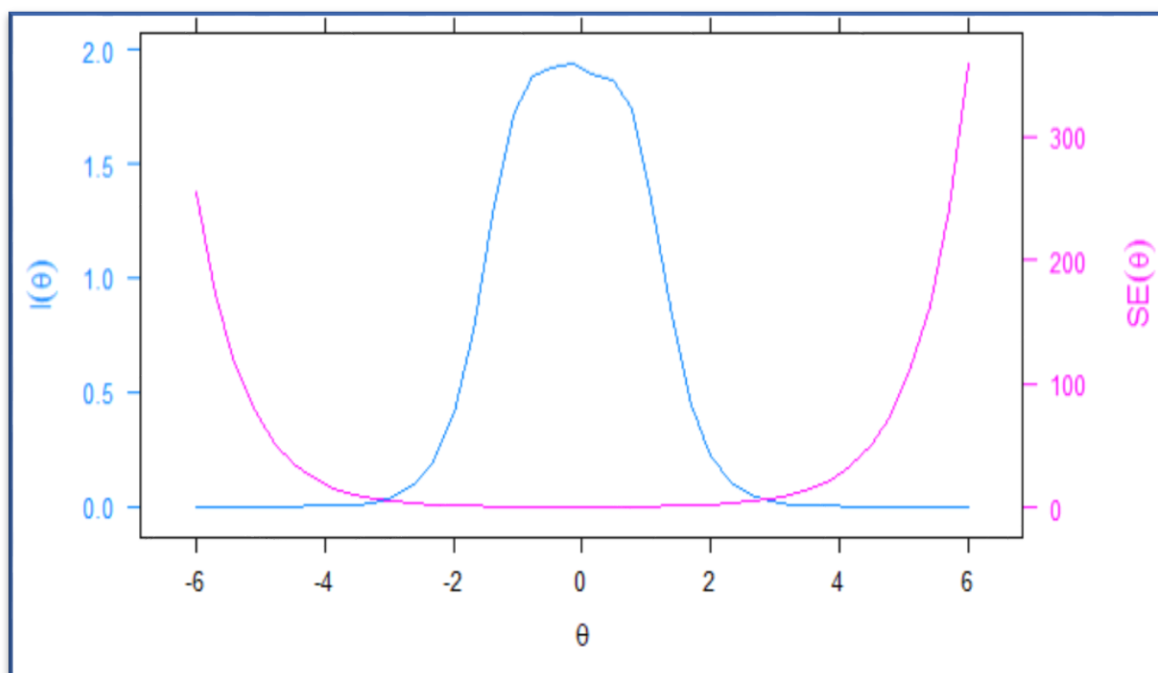
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 3 - Item 15

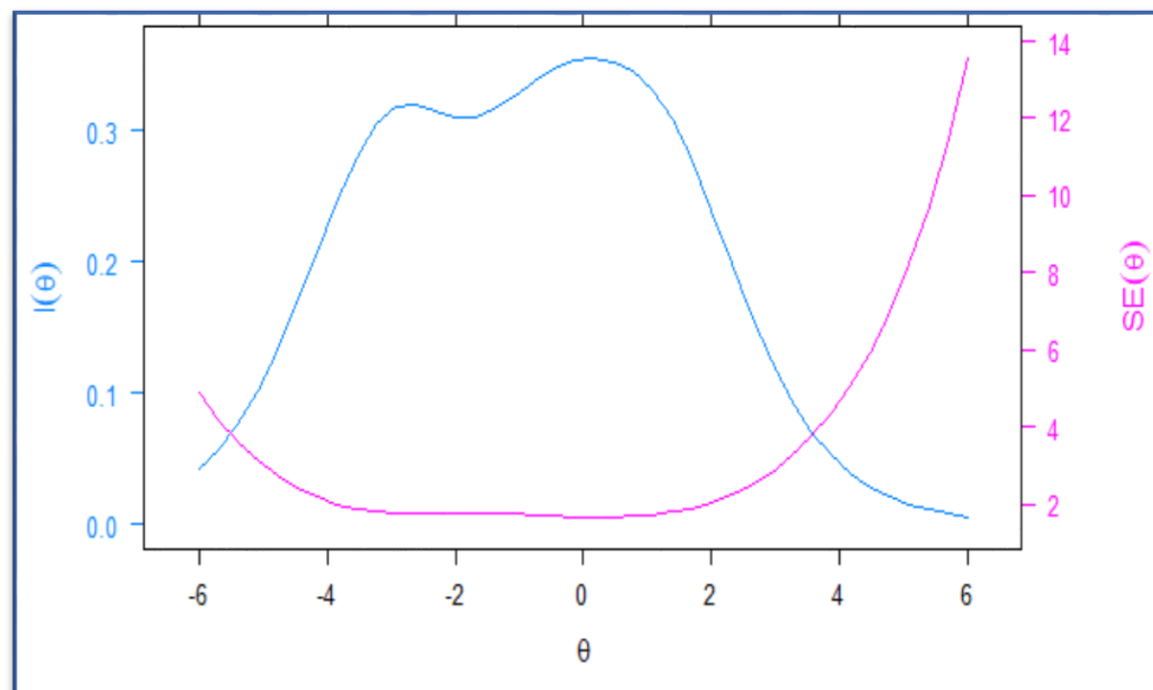
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 4 - Item 18

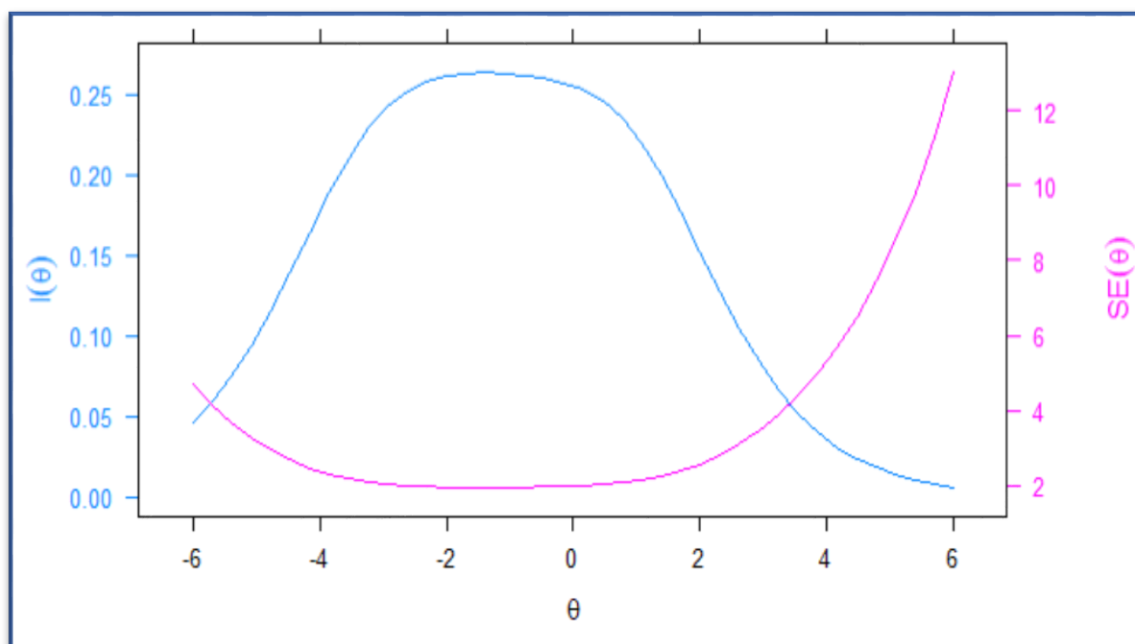
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 5 - Item 19

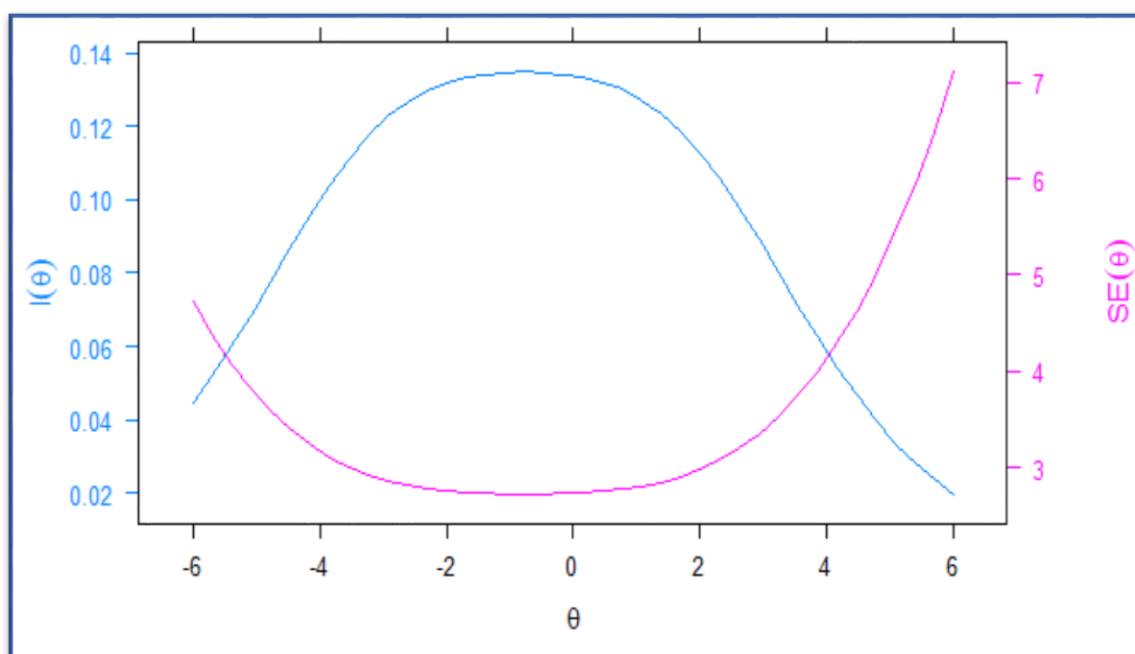
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 6 - Item 20

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 7 - Item 23

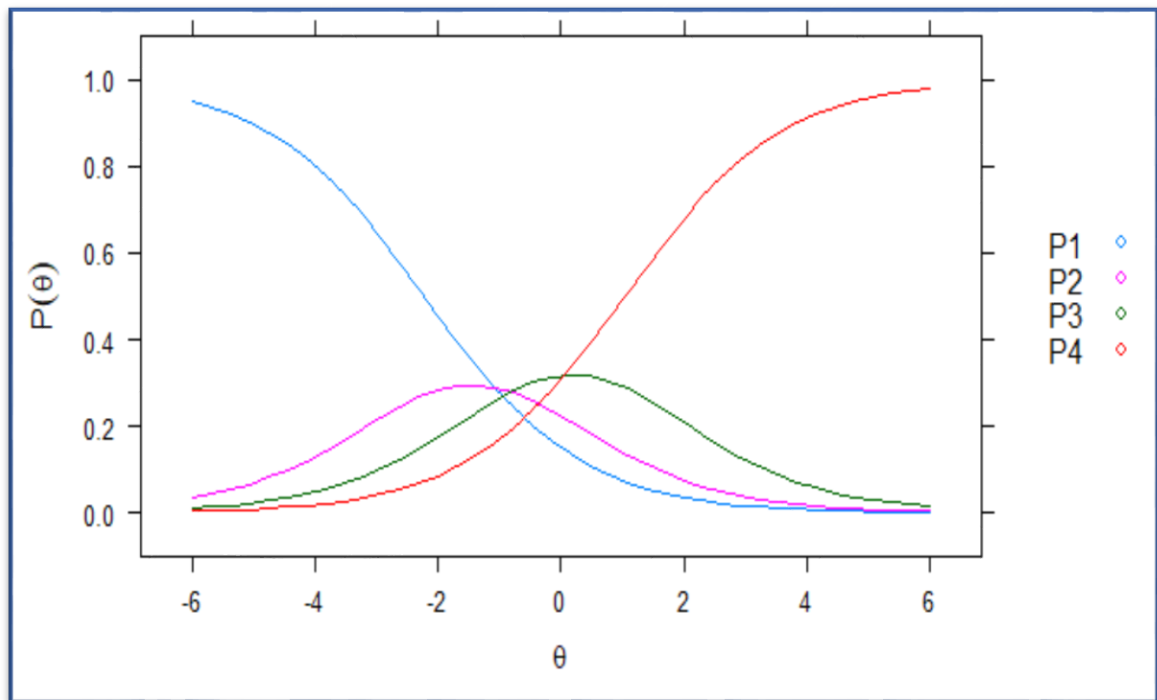
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 8 - Item 26

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

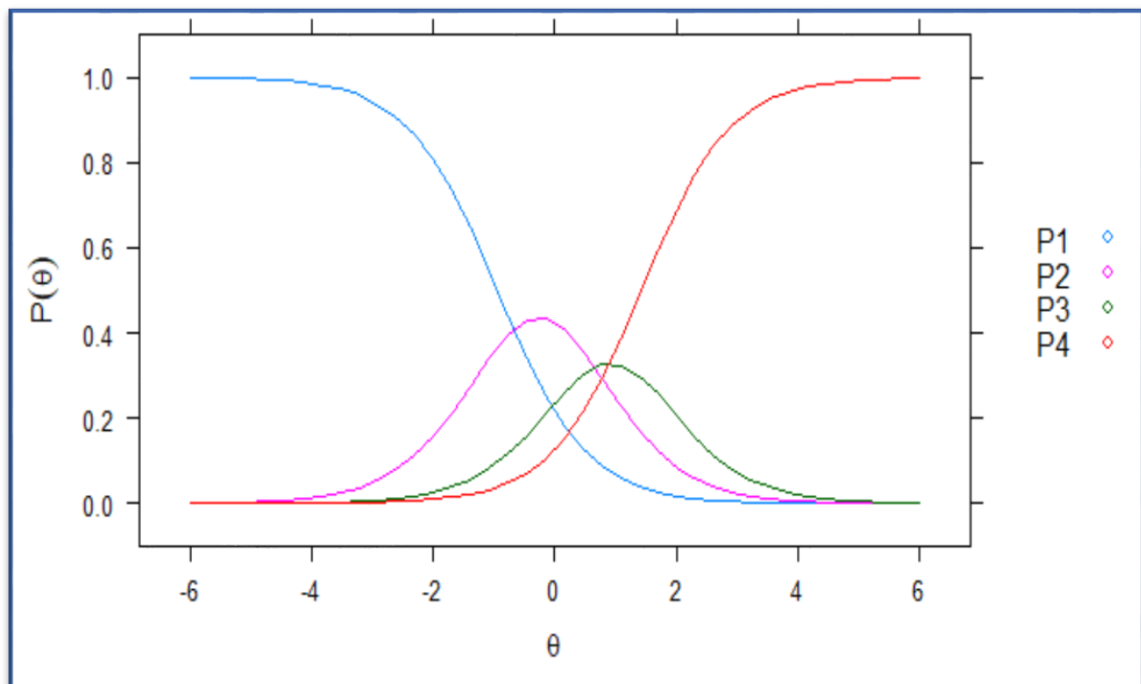
a.1)CCIs

Gráfico 9 - Item 13

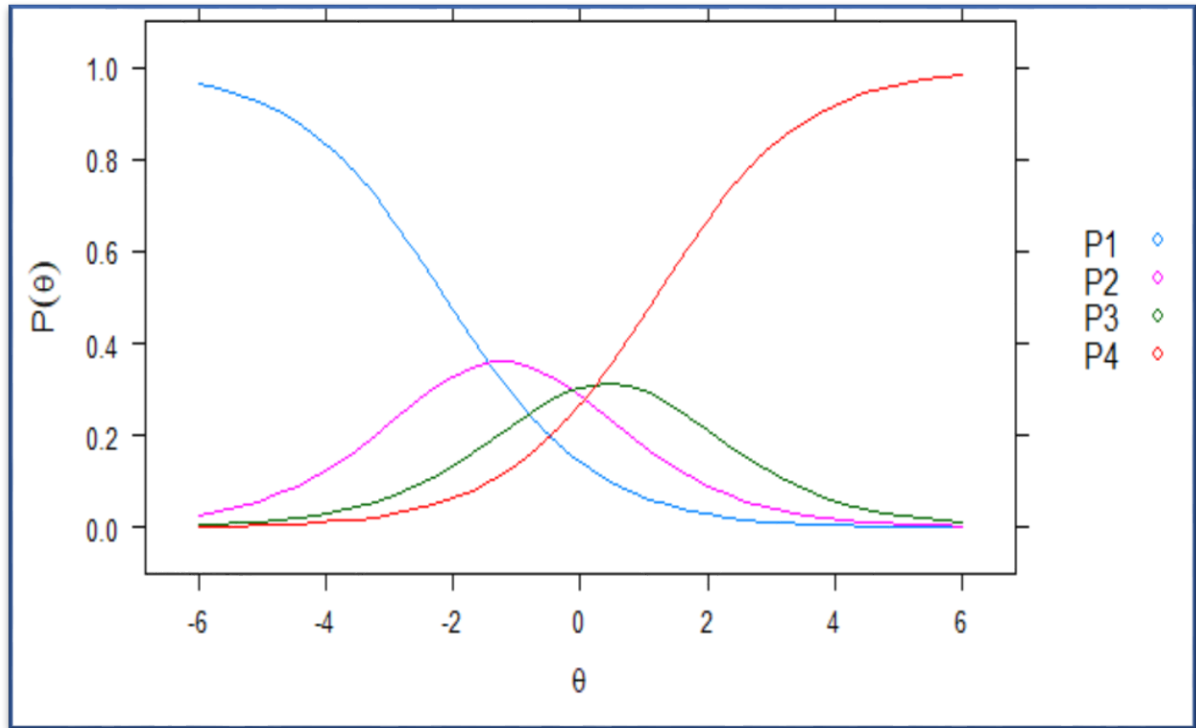


Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

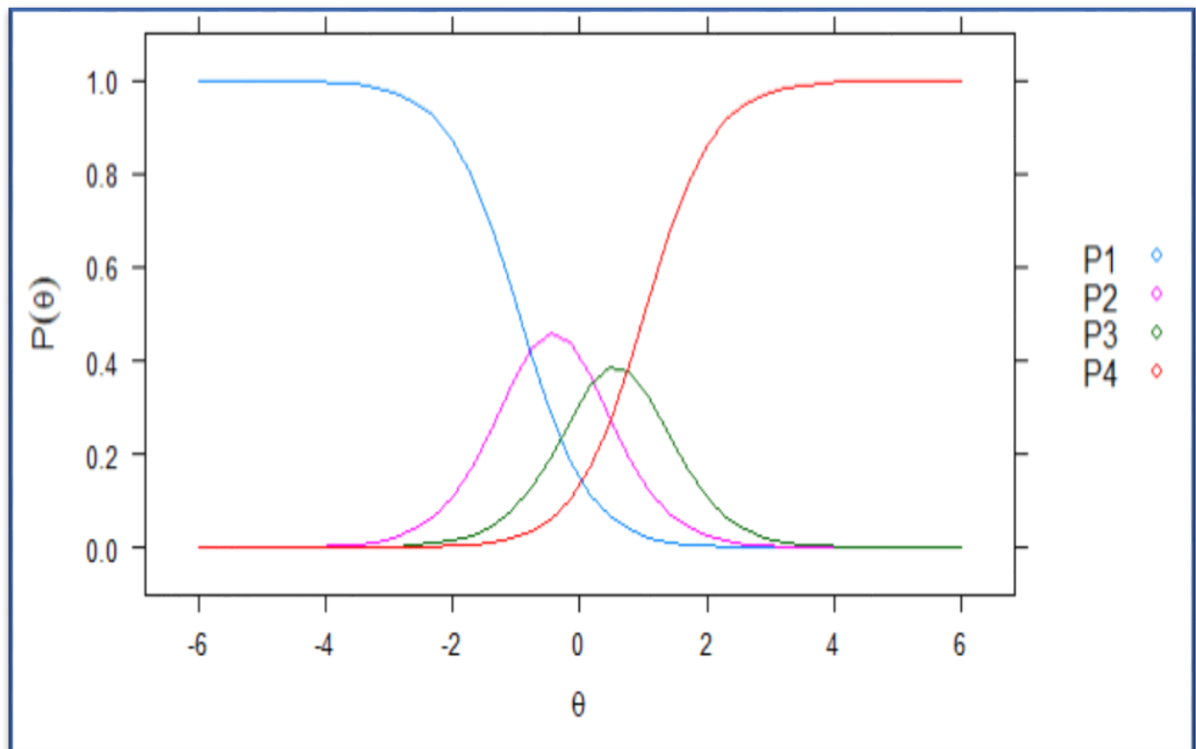
Gráfico 10 - Item 14



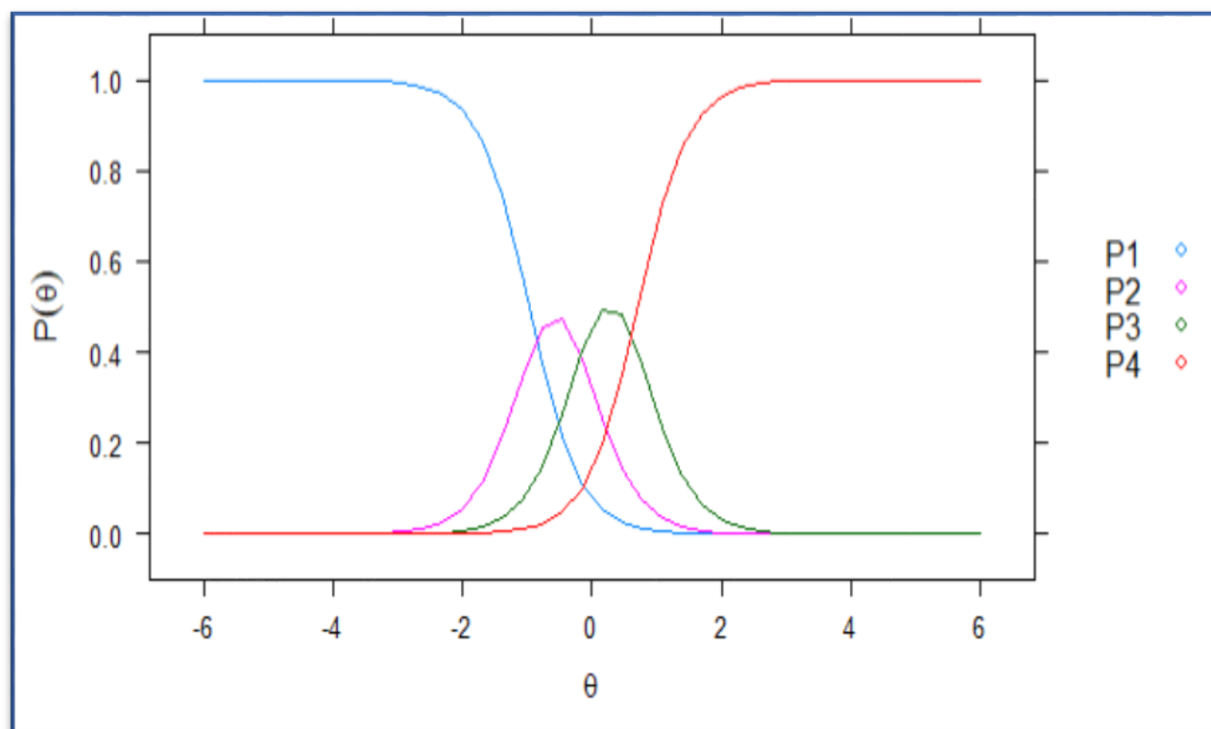
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 11 - Item 15

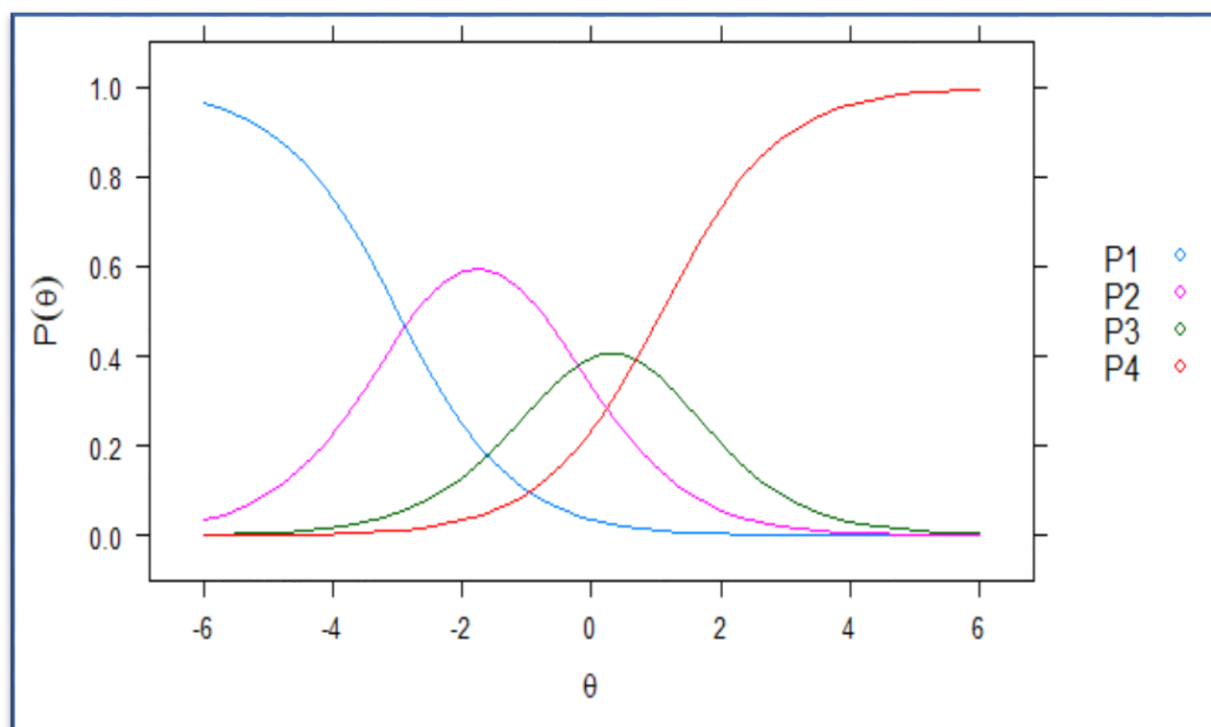
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 12 - Item 18: Rezar/orar com alguém

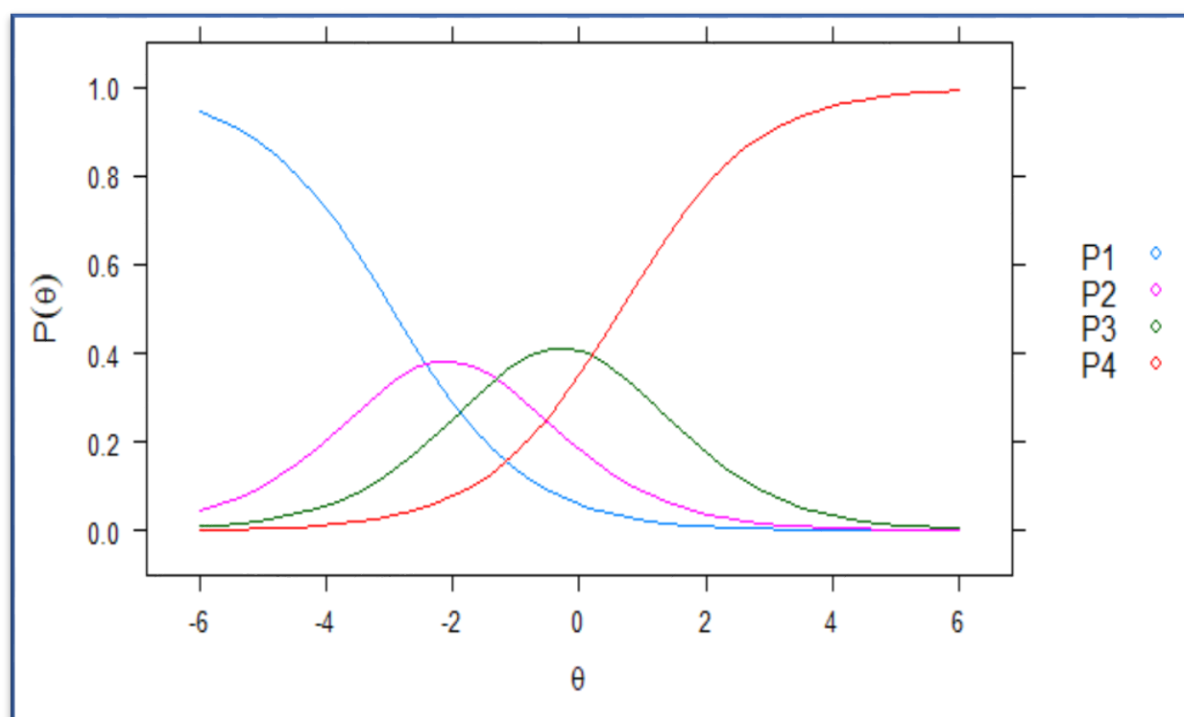
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 13 - Item 19

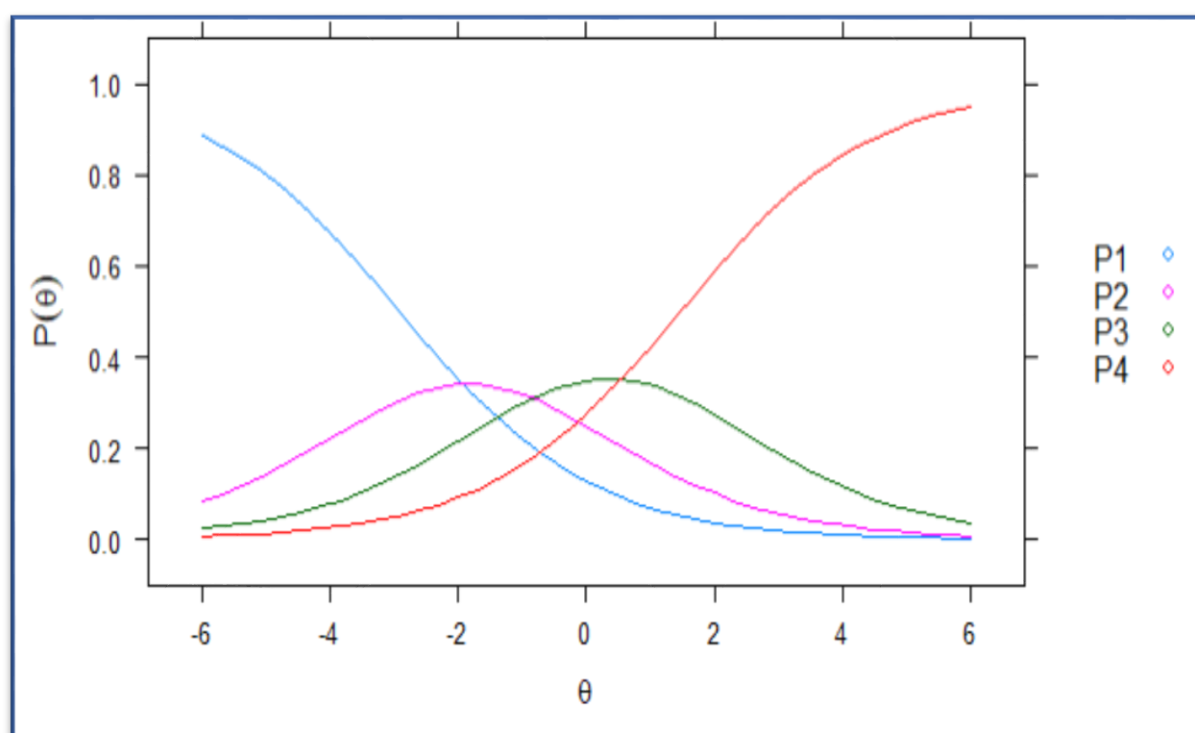
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 14 - Item 20

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 15 - Item 23

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

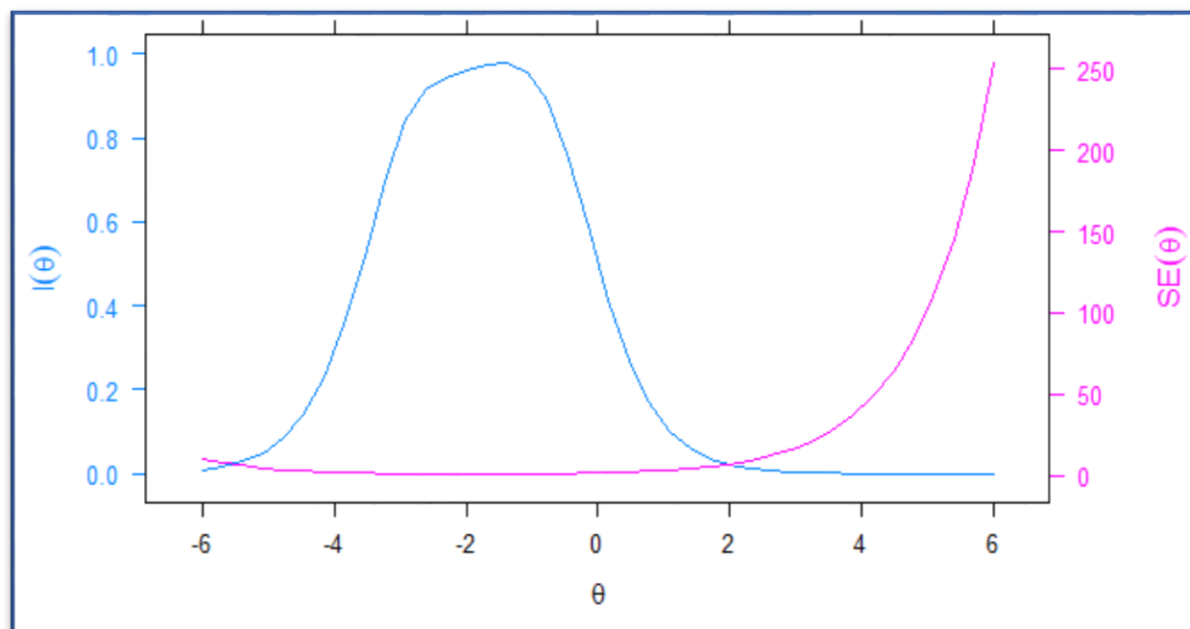
Gráfico 16 - Item 26

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

b) Componente IP/FSN

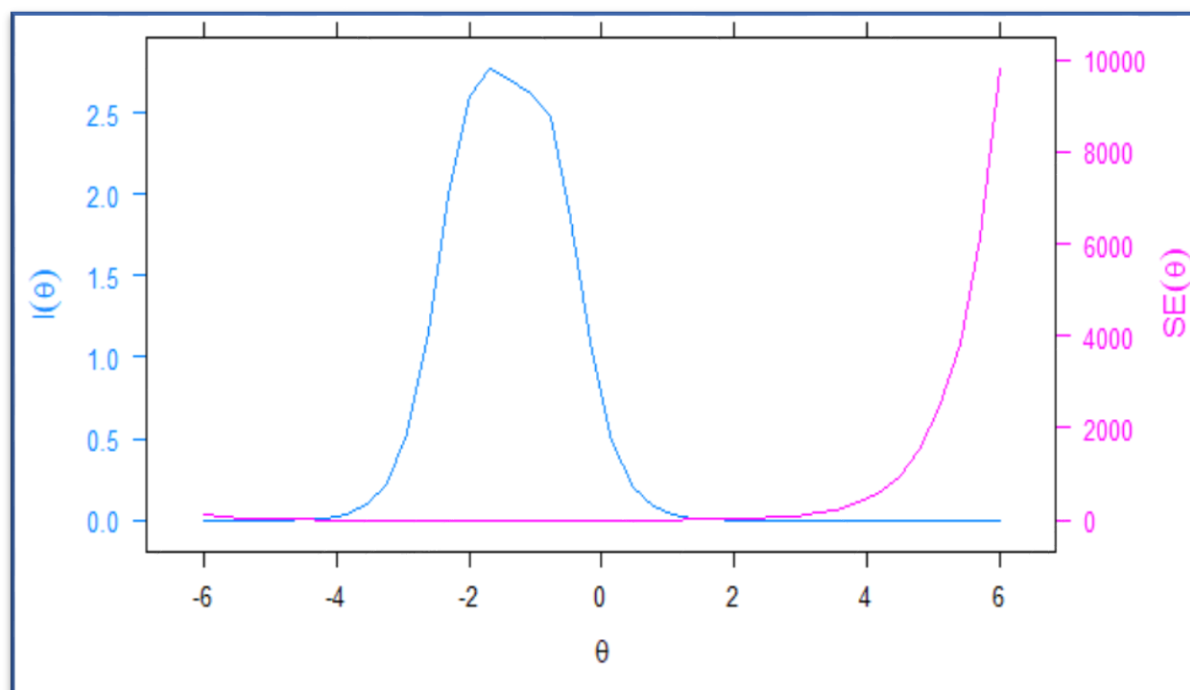
b.1) CITs

Gráfico 17 - Item 6

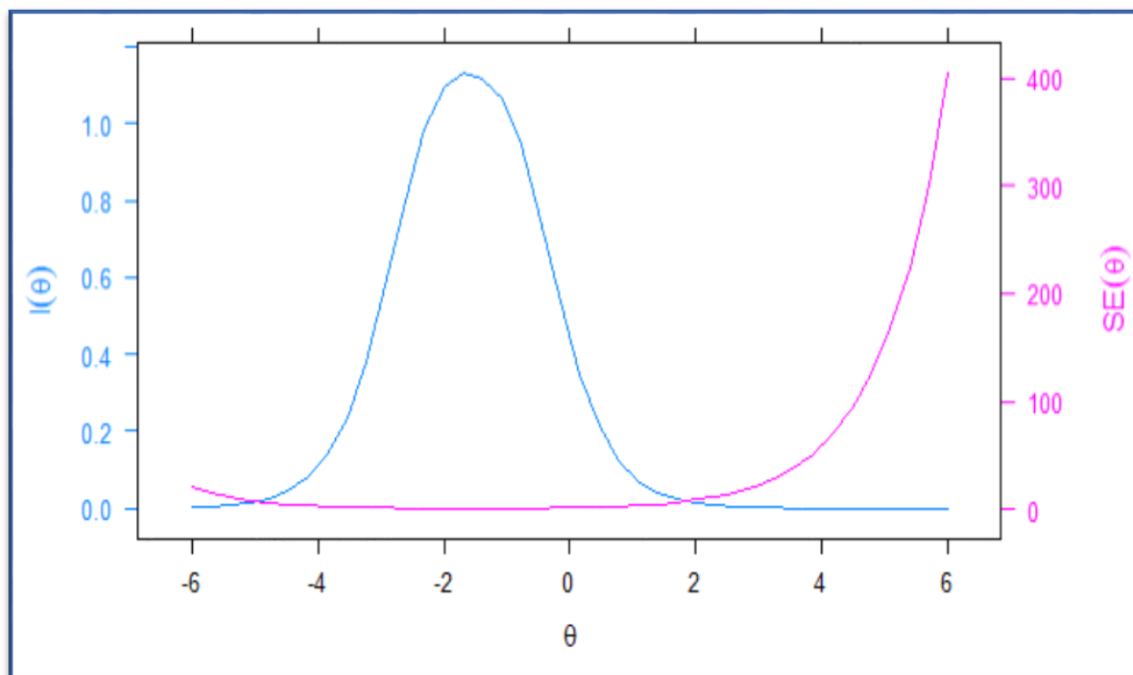


Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

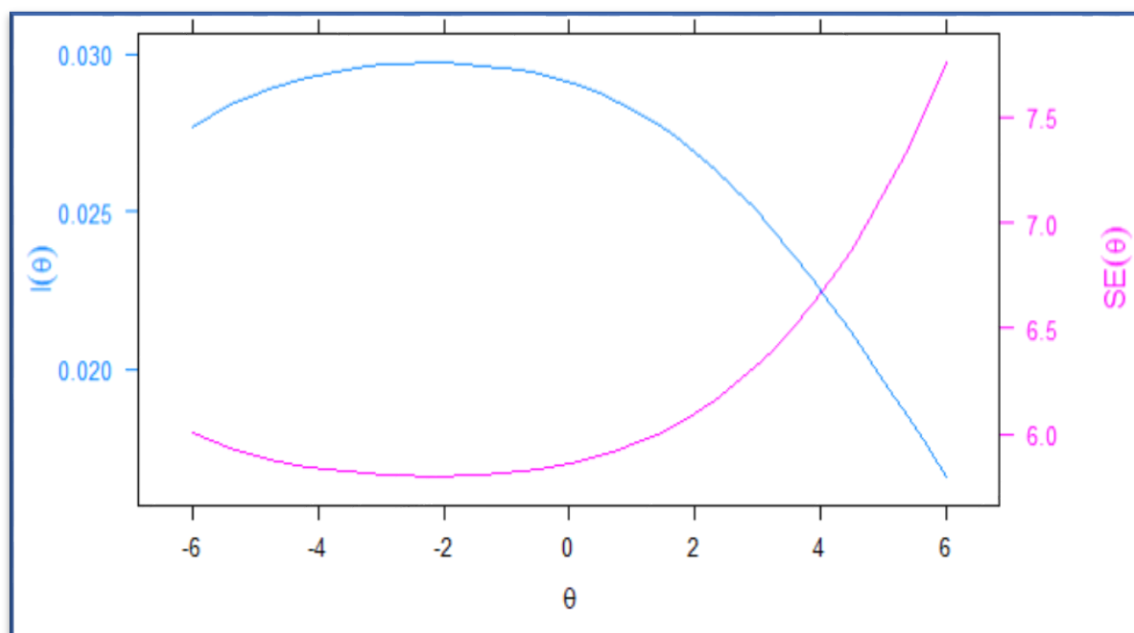
Gráfico 18 - Item 7



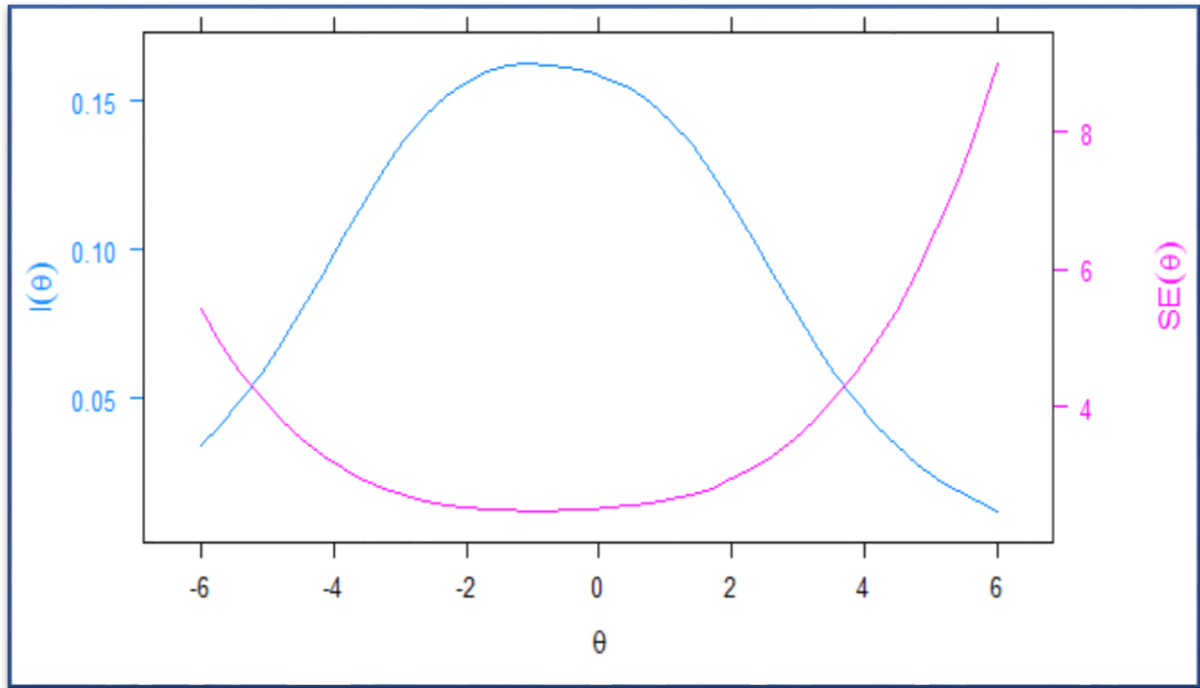
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 19 - Item 8

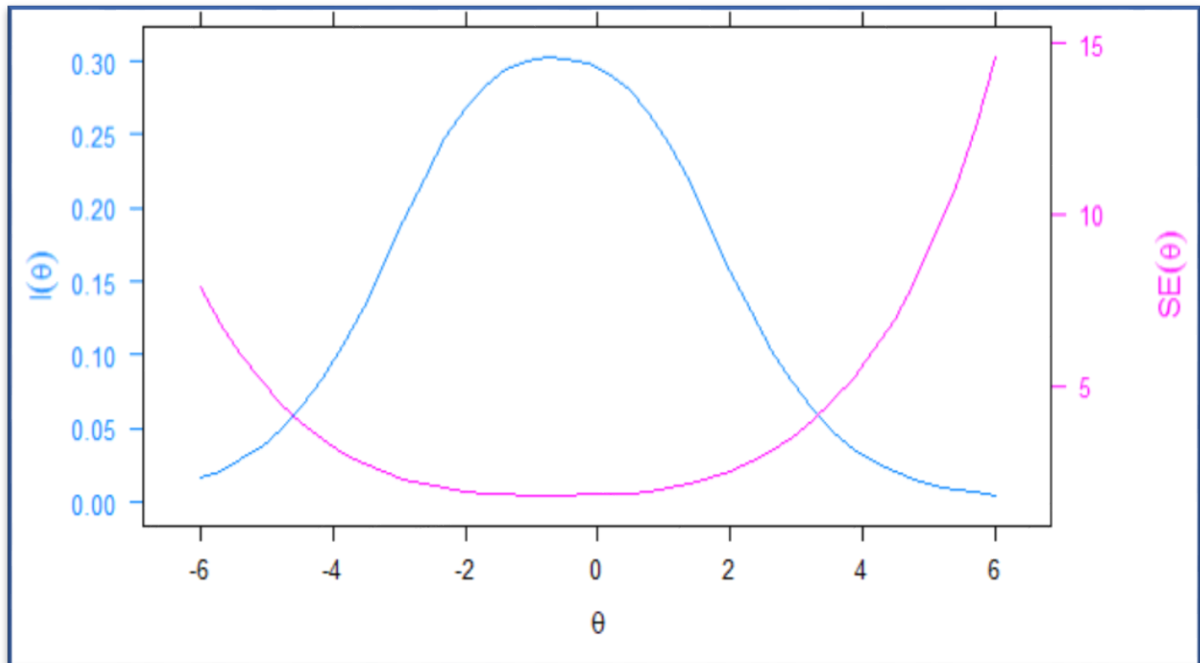
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 20 - Item 25

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 21 - Item 28

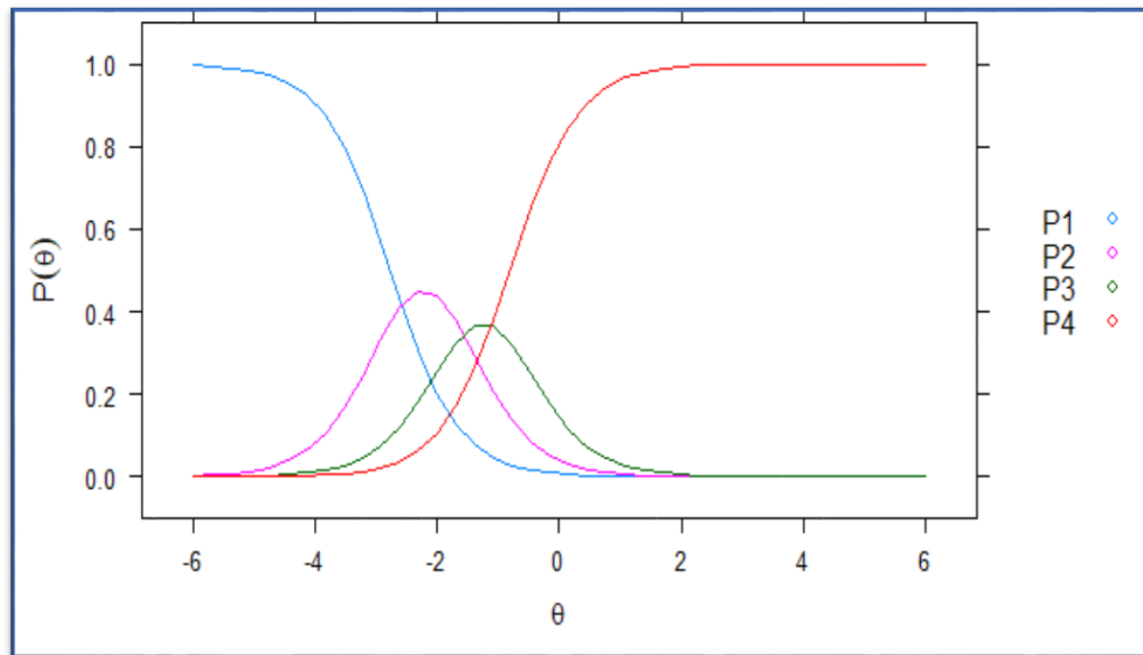
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 22 - Item 30

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

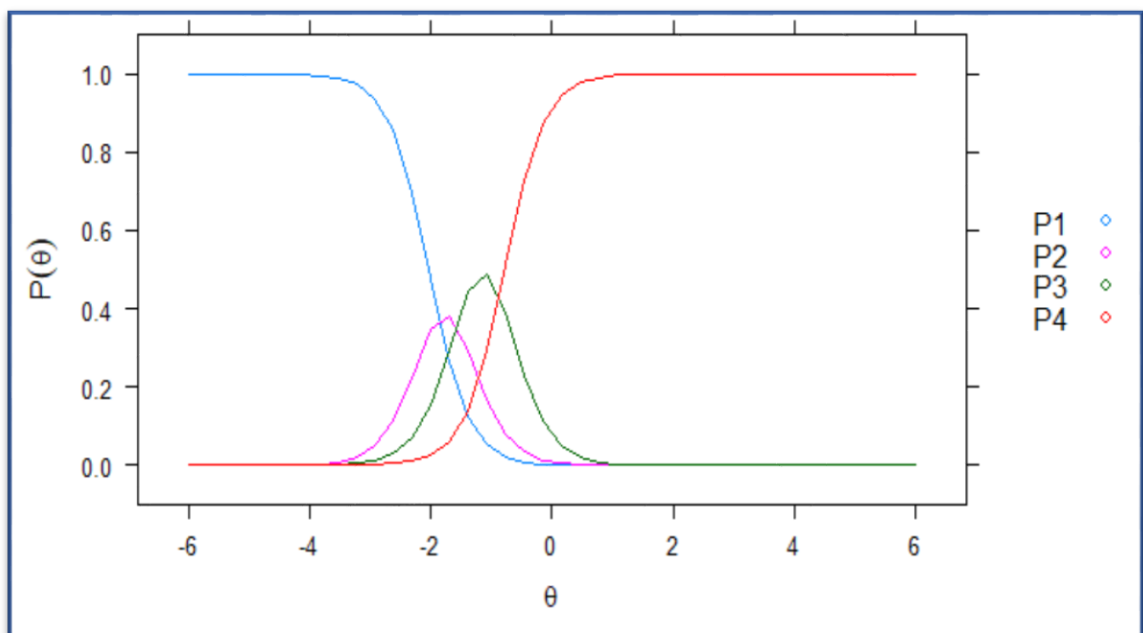
b.2) CCIS

Gráfico 23 - Item 6



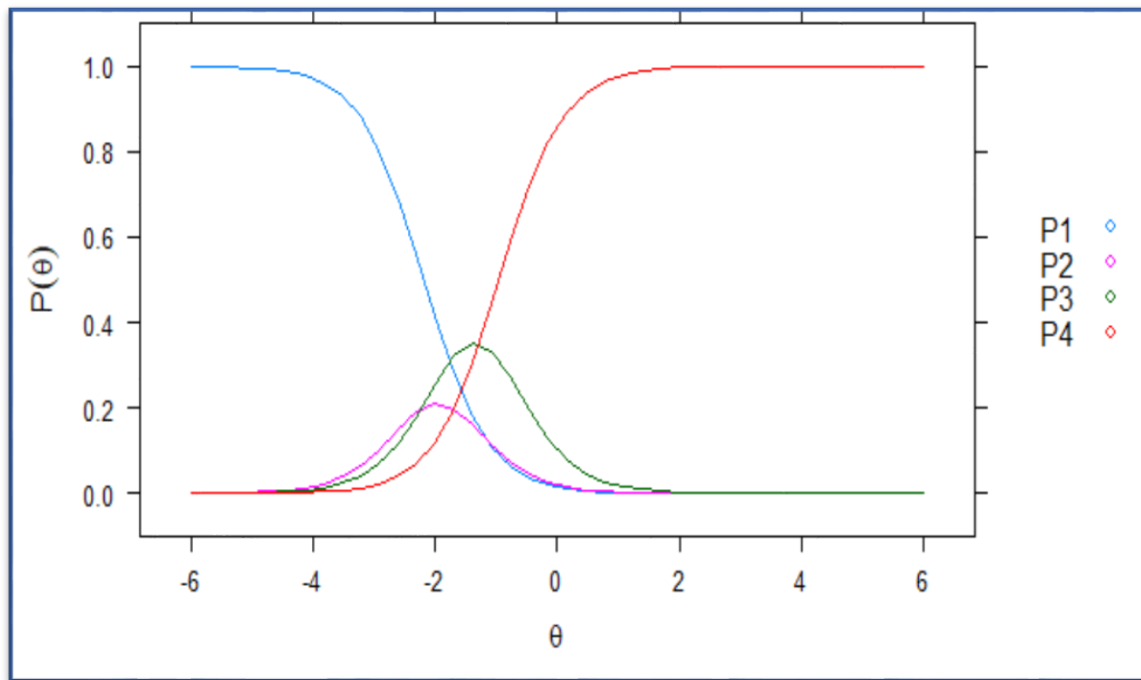
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 24 - Item 7



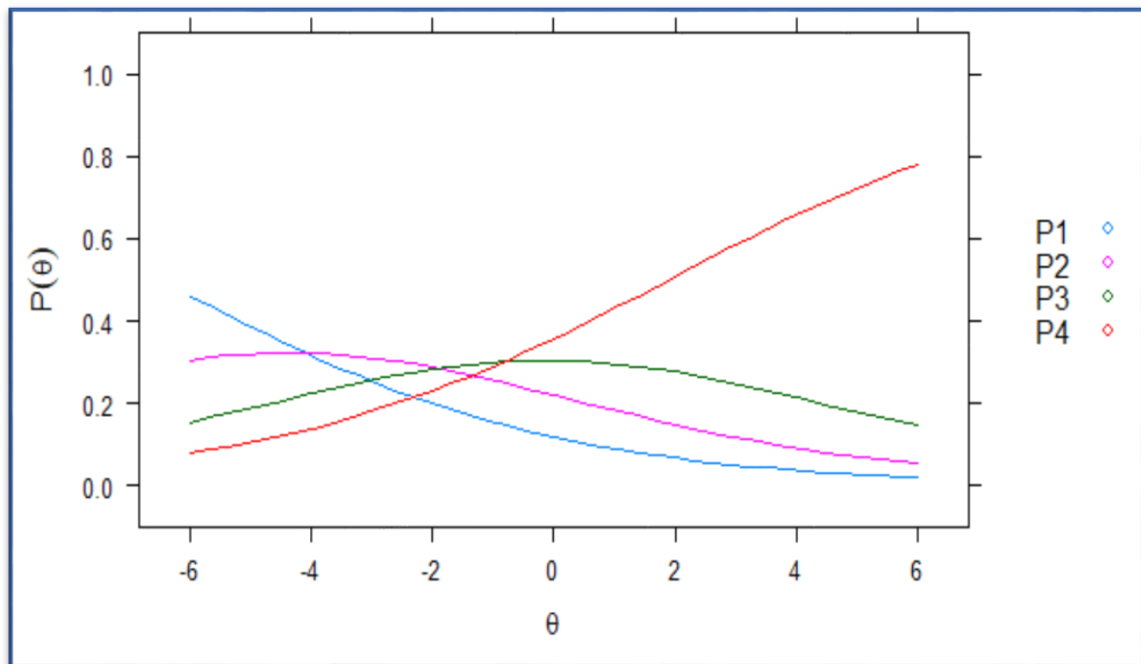
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 25 - Item 8

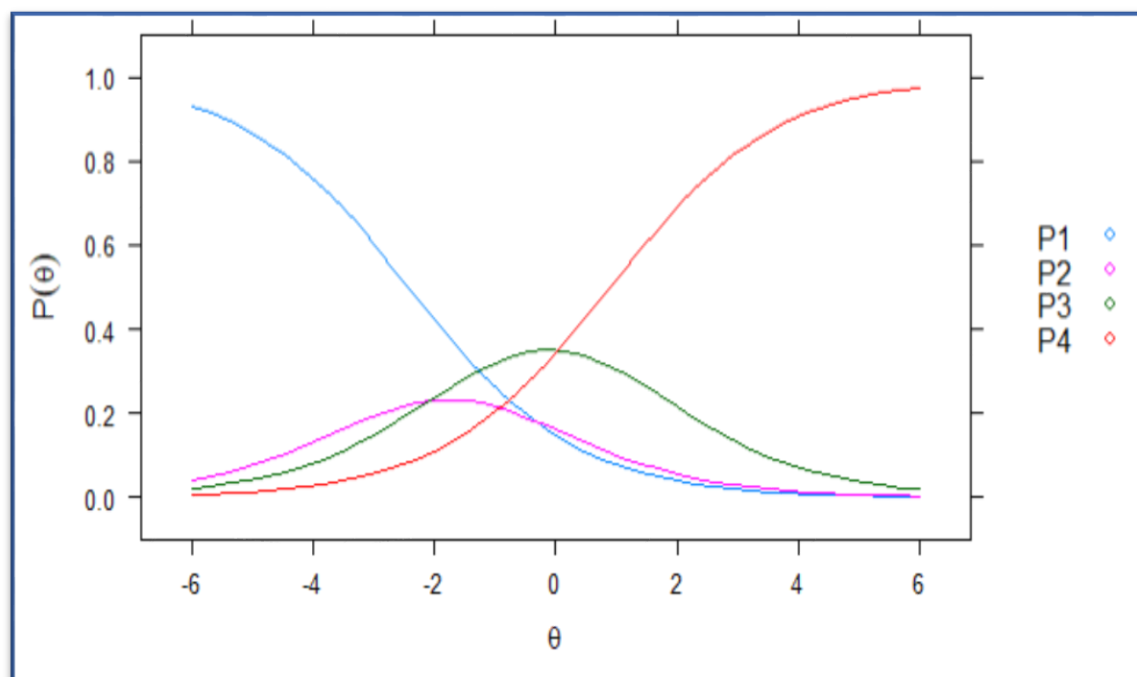


Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

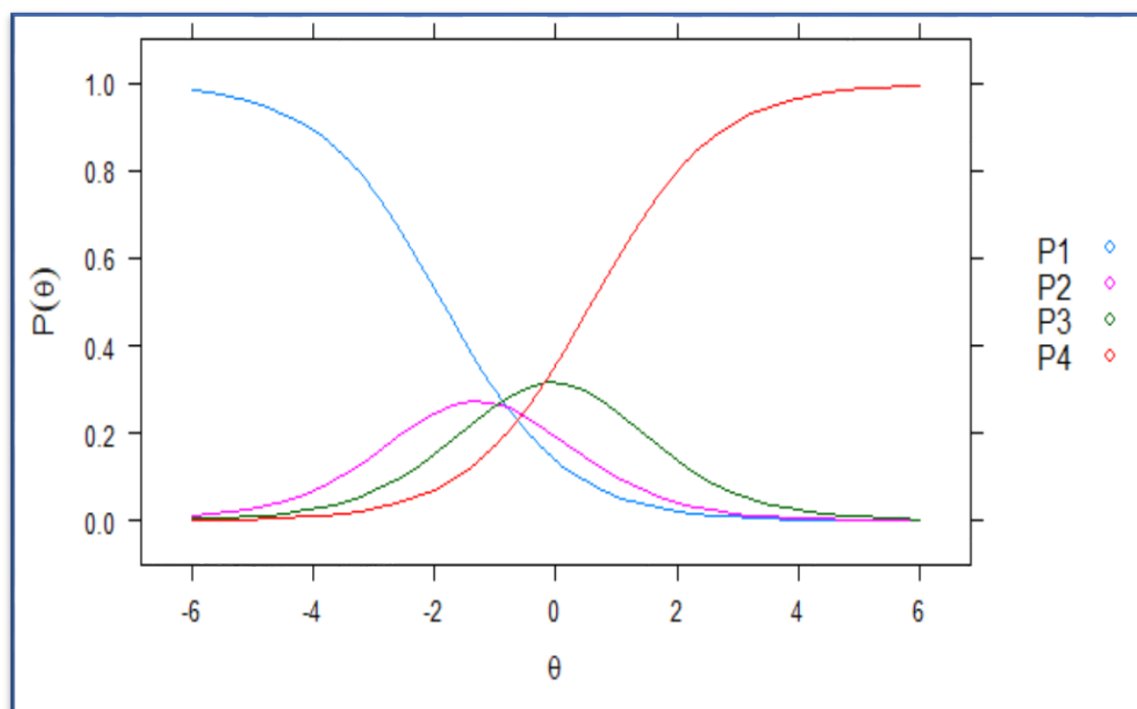
Gráfico 26 - Item 25



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 27 - Item 28

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

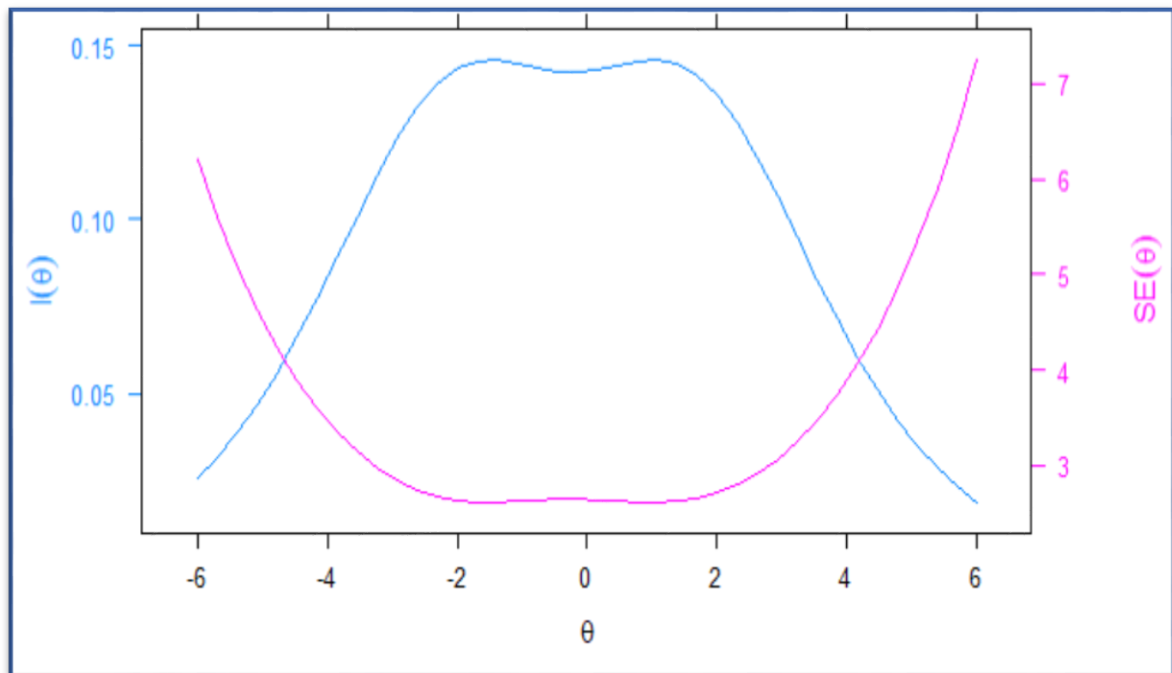
Gráfico 28 - Item 30

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

c) Componente EM

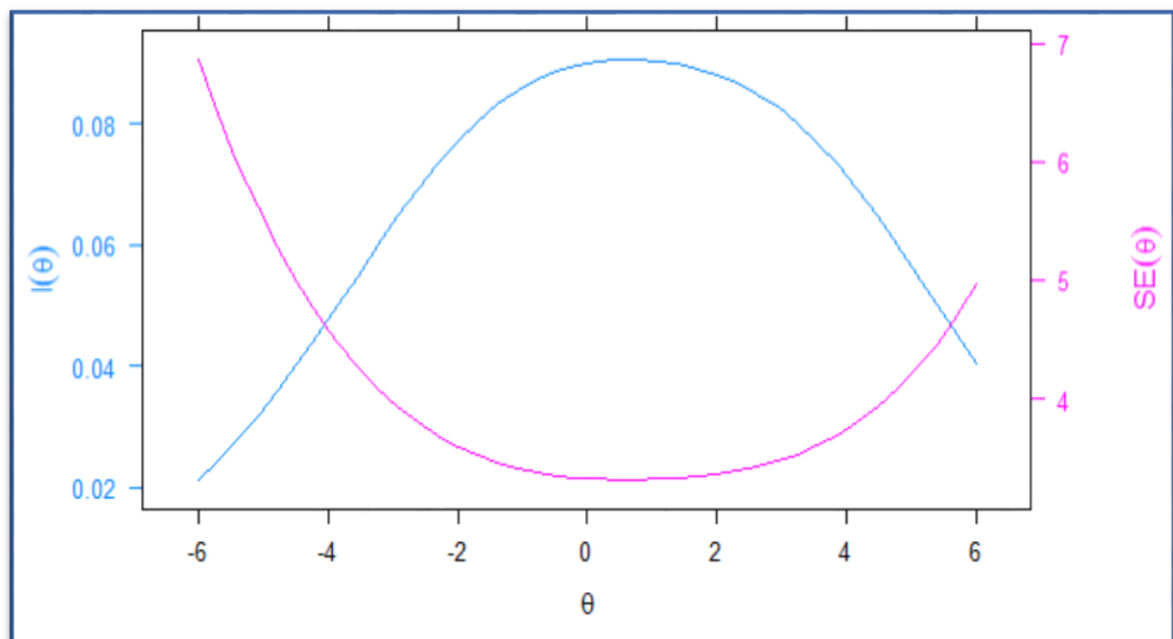
c.1) CITs

Gráfico 29 - Item 2

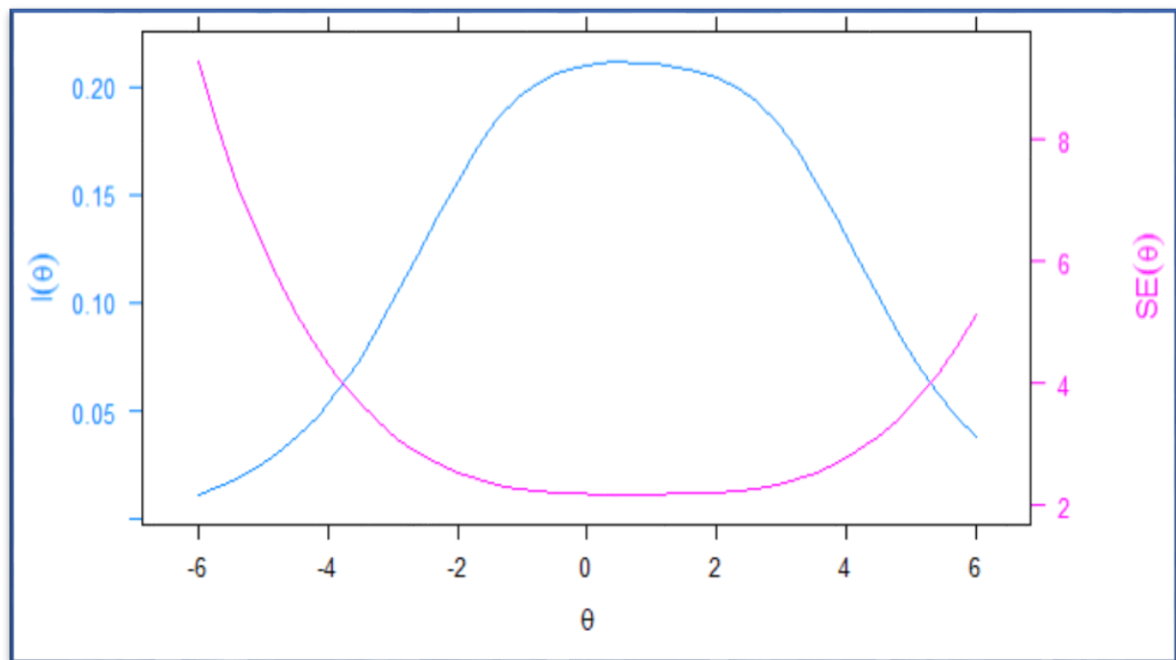


Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

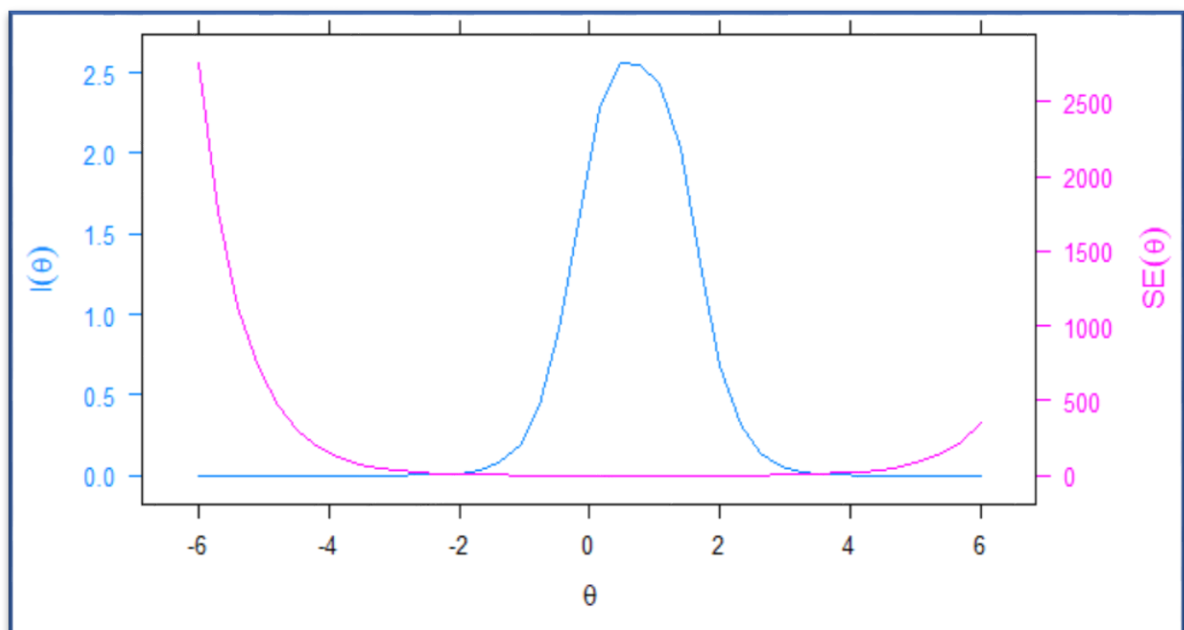
Gráfico 30 - Item 10



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 31 - Item 11

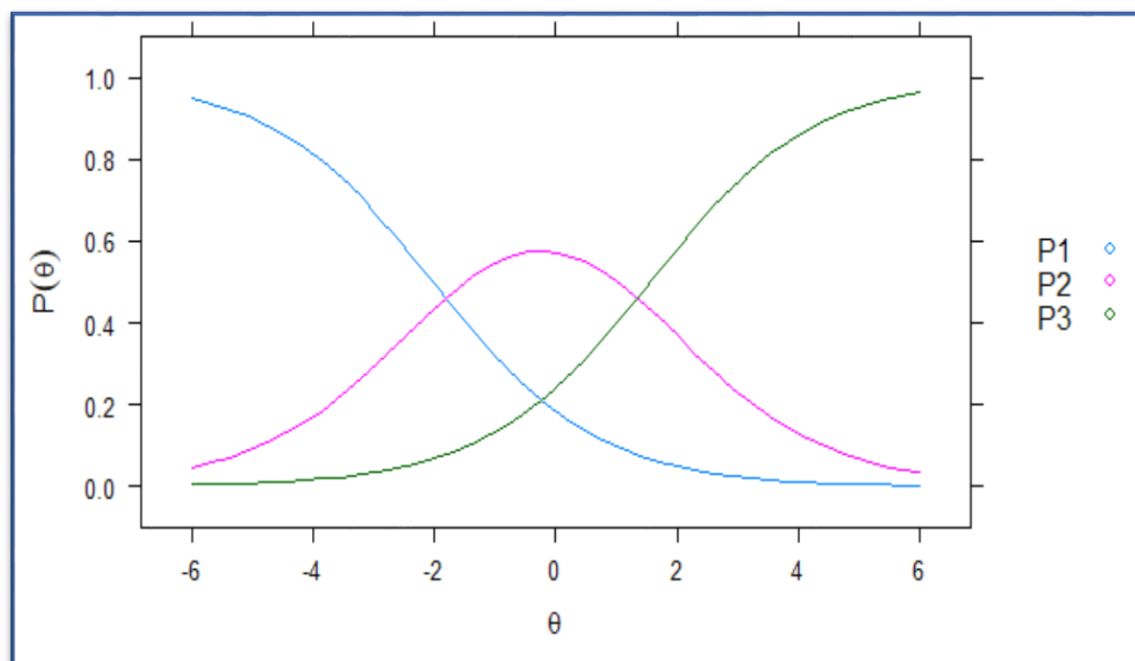
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 32 - Item 12

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

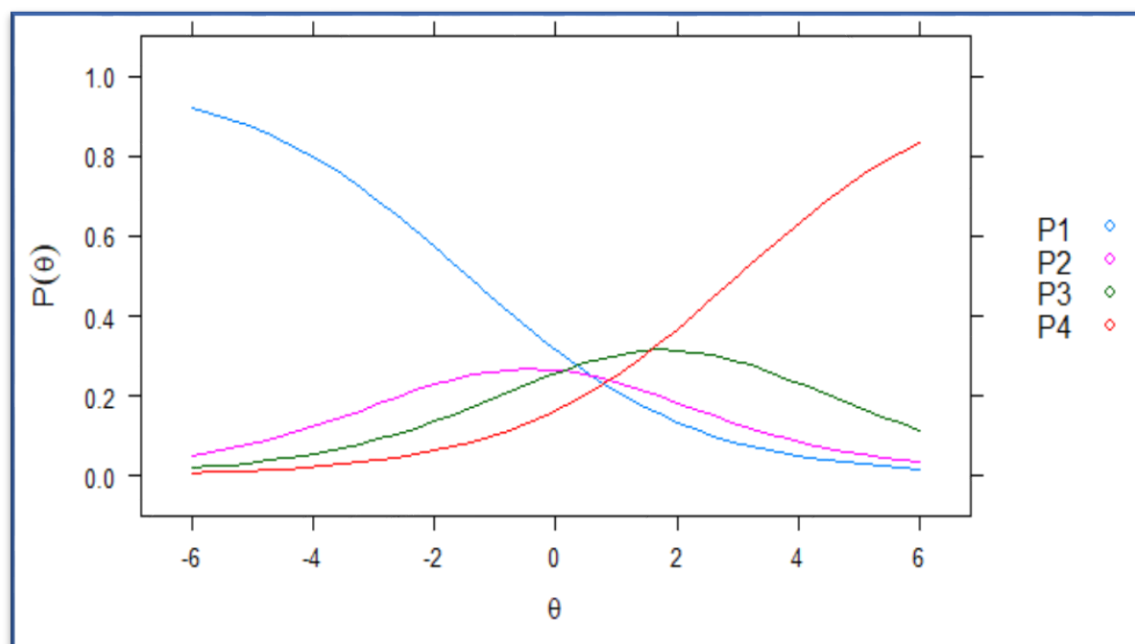
c.2) CCIS

Gráfico 33 - Item 2

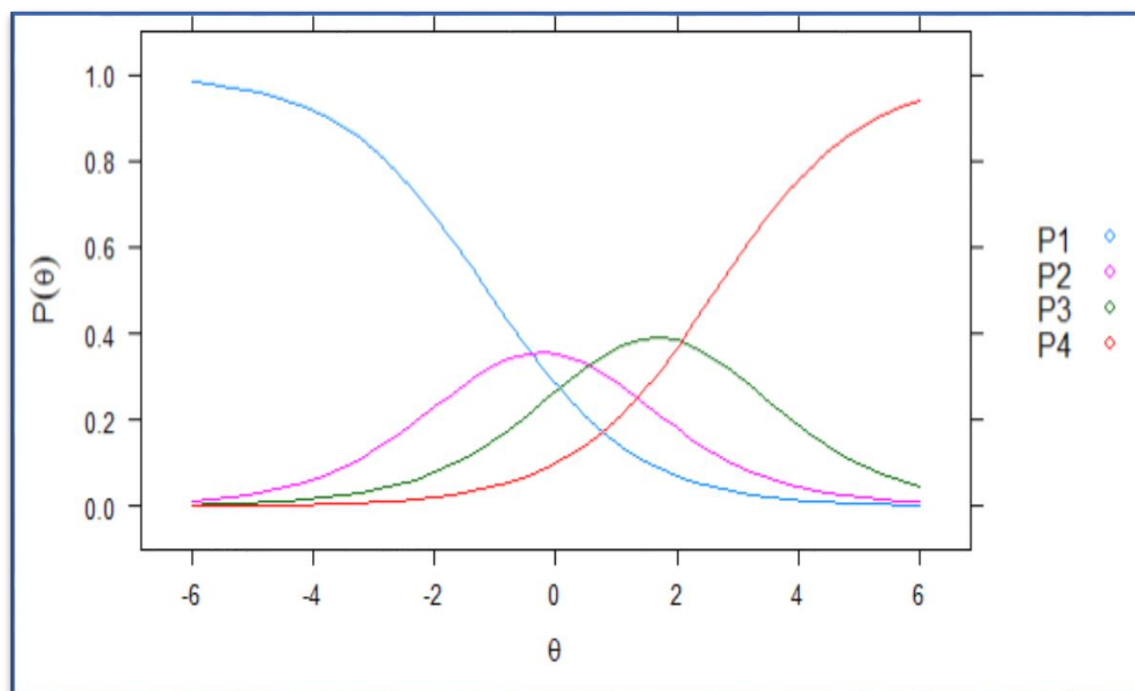


Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

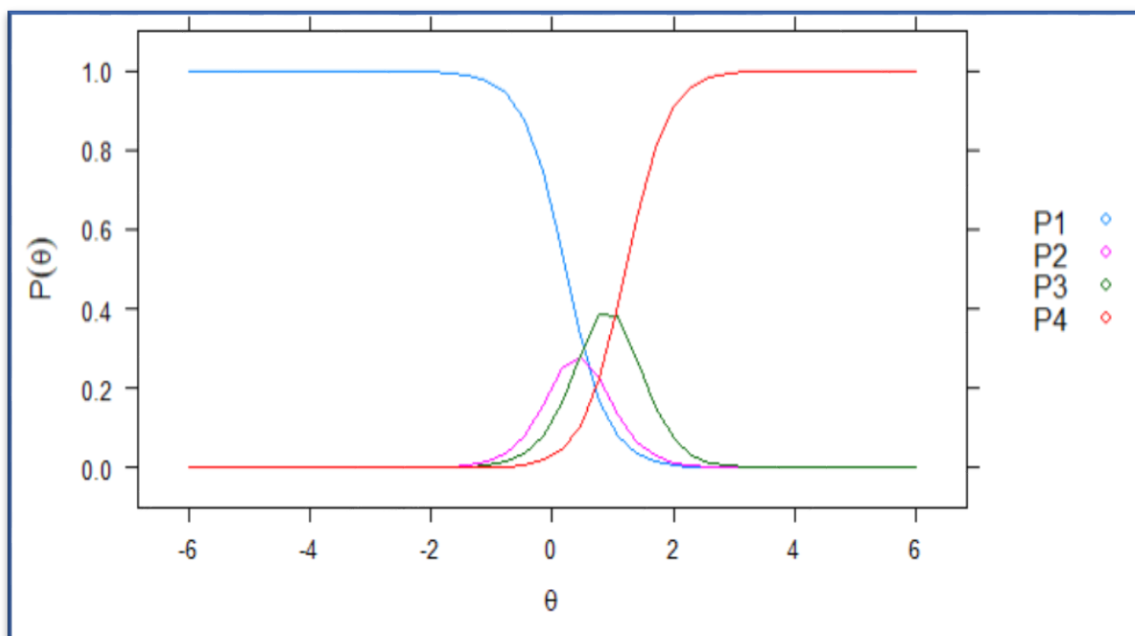
Gráfico 34 - Item 10



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 35 - Item 11

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

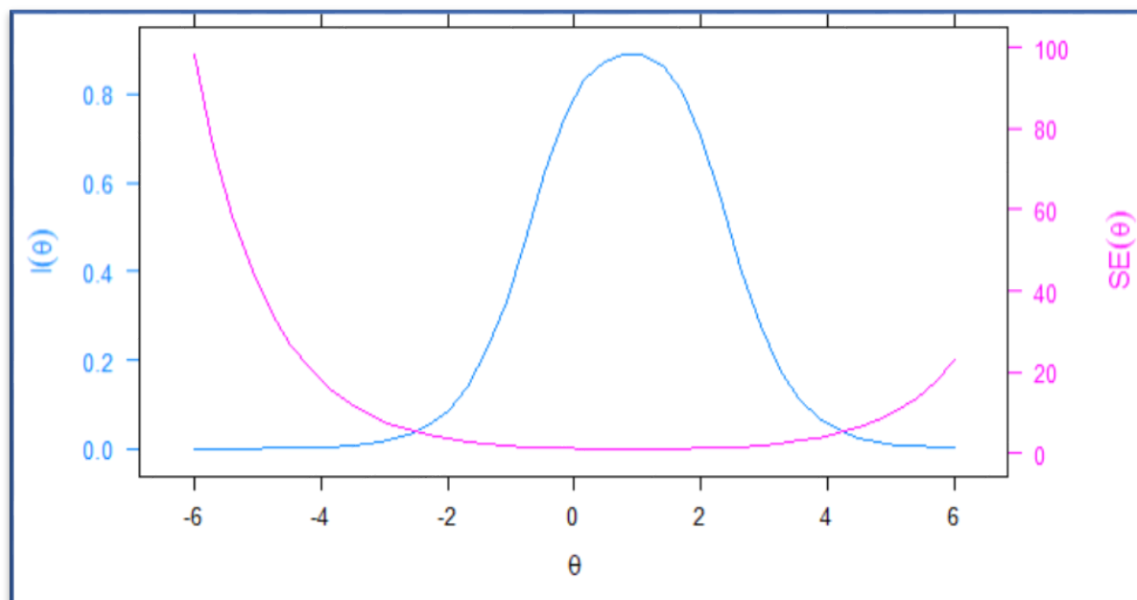
Gráfico 36 - Item 12

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

d) Componente F4

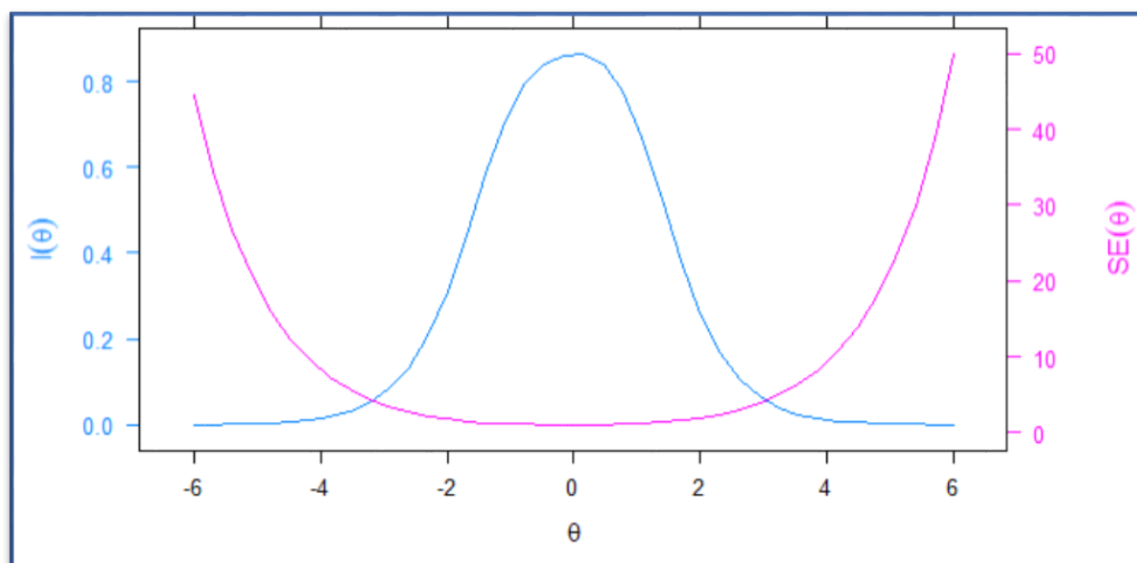
d.1) CIT

Gráfico 37 - Item 3

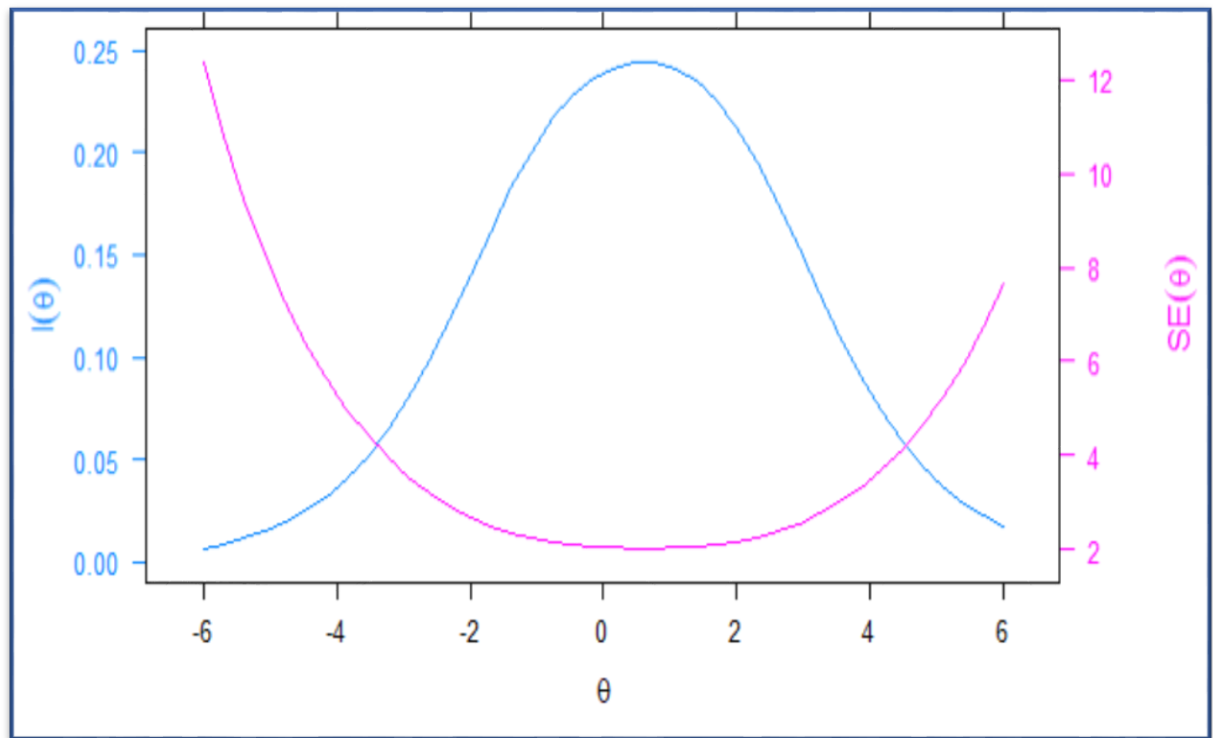


Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 38 - Item 21

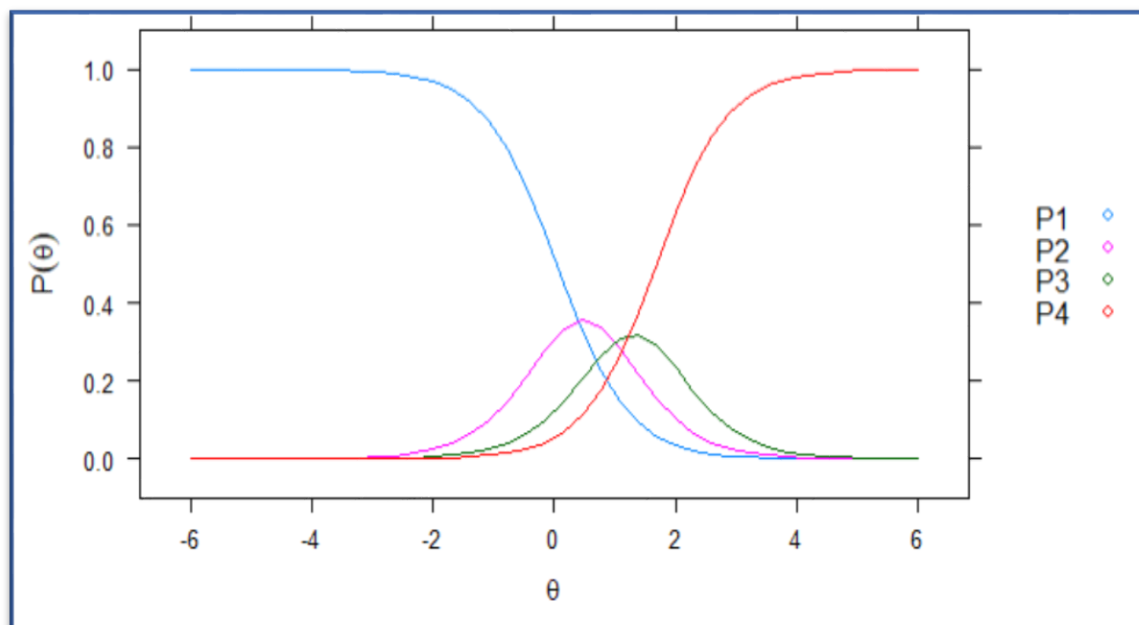


Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

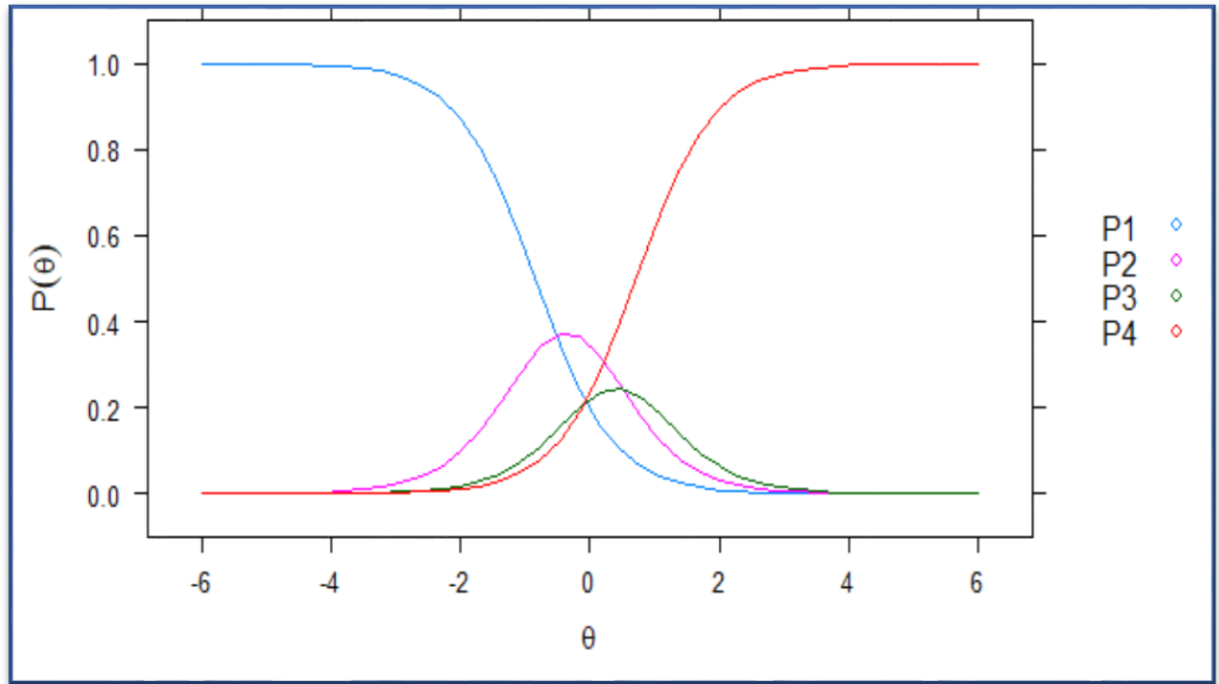
Gráfico 39 - Item 22

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

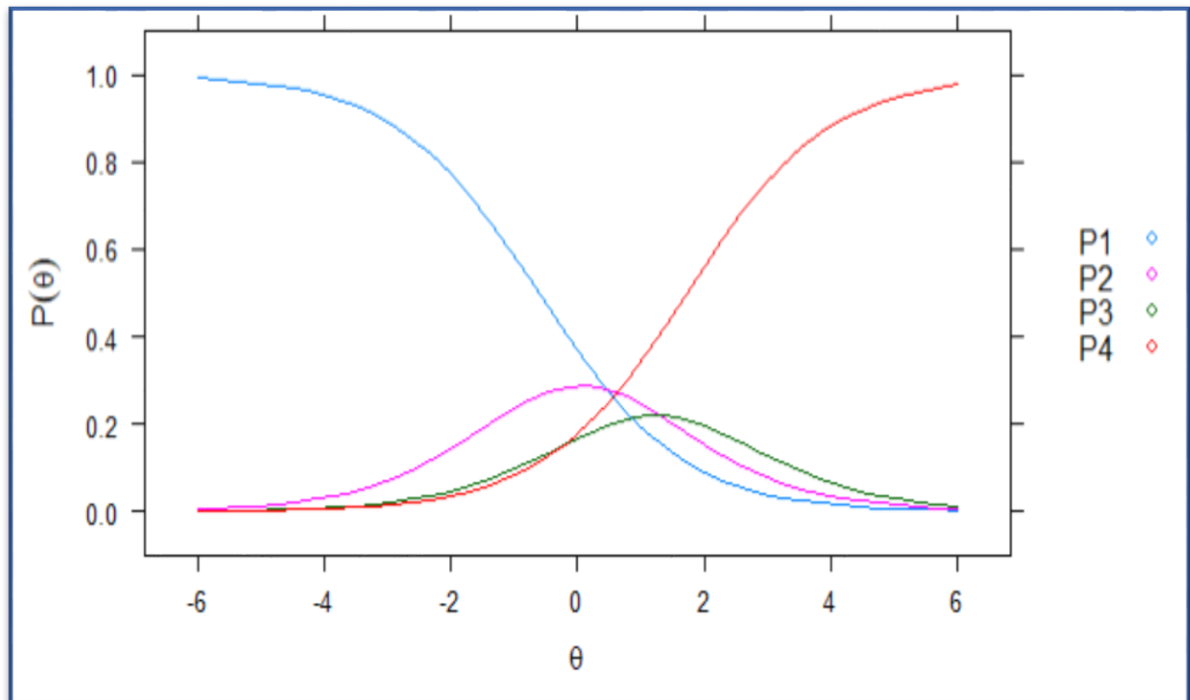
d2) CCIS

Gráfico 40 - Item 3

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 41 - Item 21

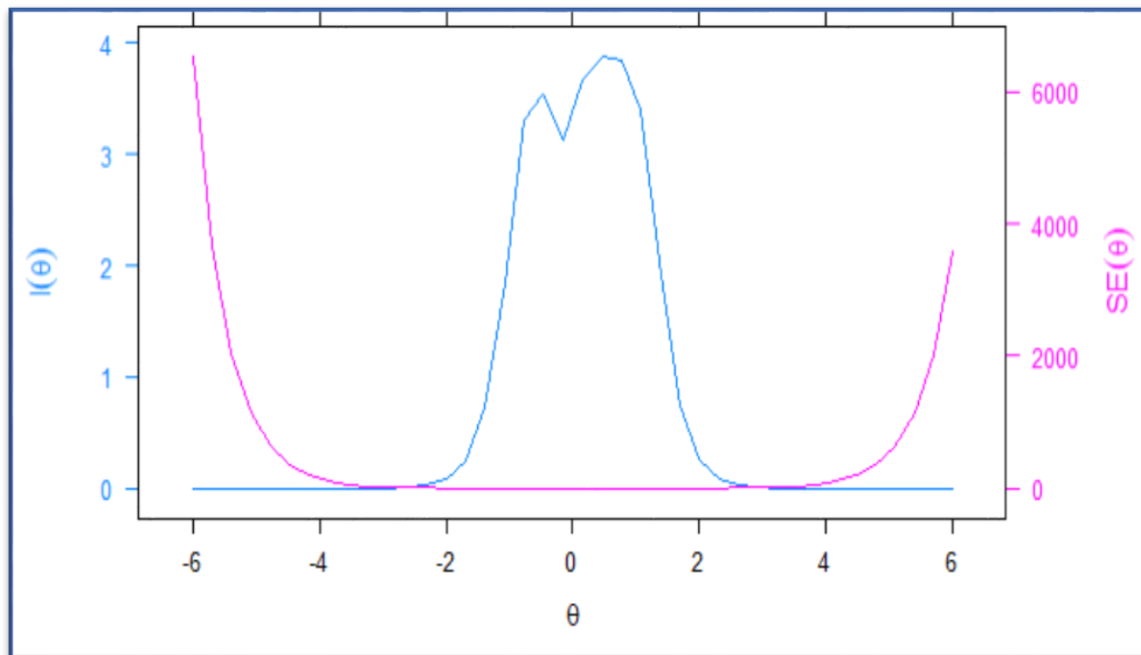
Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 42 - Item 22

Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

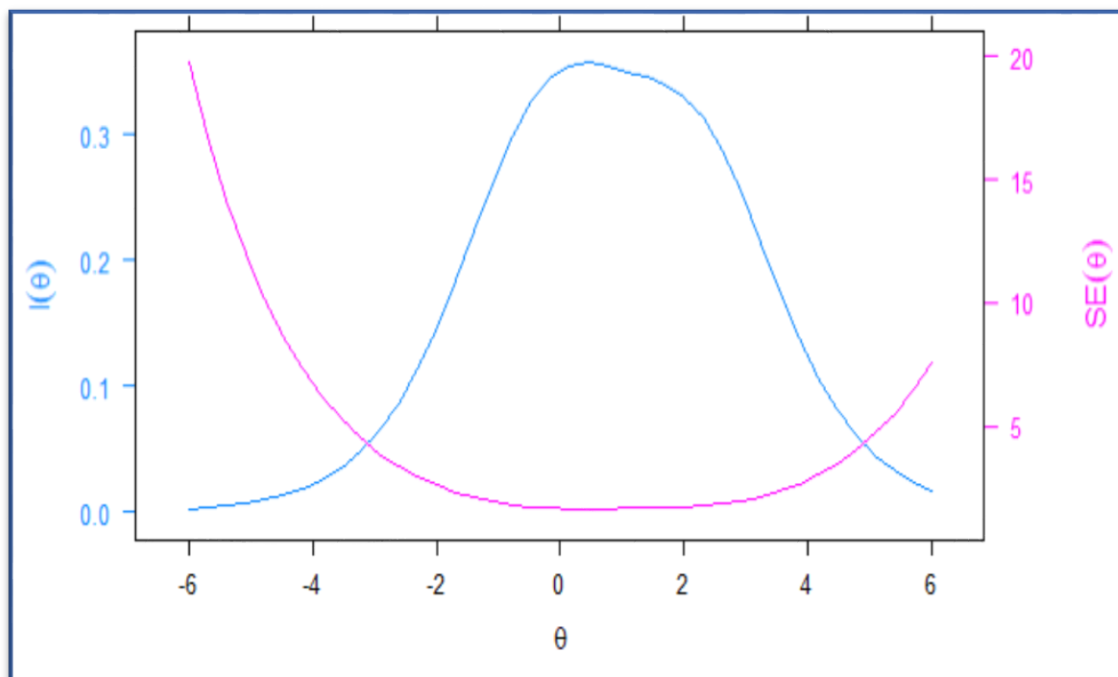
e) Componente F5

Gráfico 43 - Item 4



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

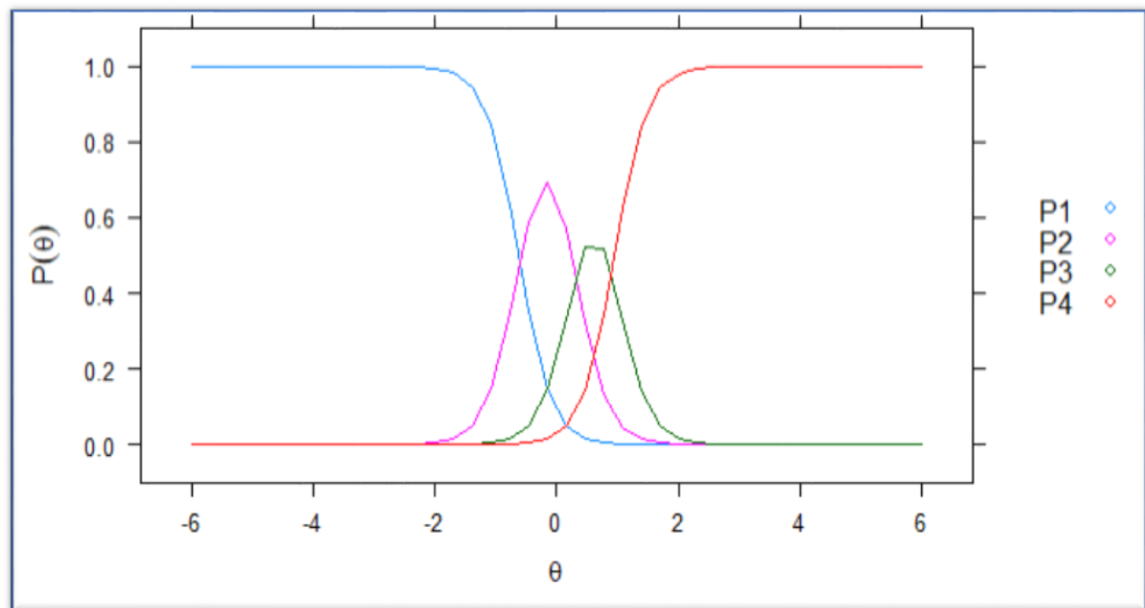
Gráfico 44 - Item 5



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

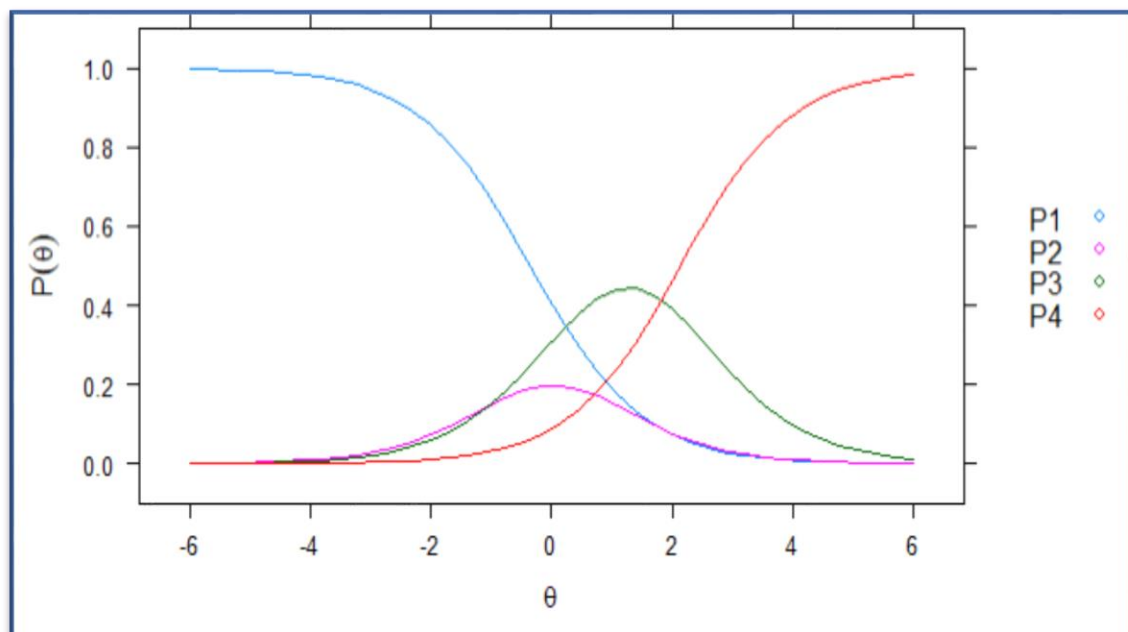
e.1) CCIs

Gráfico 45 - Item 4



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

Gráfico 46 - Item 5



Fonte: Dados da Pesquisa (SILVA, 2018).

APÊNDICE IV - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ACALANTO: perfil espiritual de pacientes com HIV/AIDS

Pesquisador: CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 84116018.7.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.357.133

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES do CENTRO DE EDUCAÇÃO da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, do aluno CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA, sob orientação do prof. Carlos André Cavalcanti e da professora Ana Paula Cavalcanti.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar o perfil religioso dos pacientes com HIV/ AIDS assistidos no ambulatório de um hospital de referência na cidade de João Pessoa/Paraíba.

Objetivo Secundário:

Validar um questionário sobre perfil religioso e necessidades espirituais de pacientes com HIV/AIDS, baseado no "The Spiritual Needs Questionnaire" (SpNQ) de Büssing, A. (2018), adaptado à realidade cultural brasileira e norteando-se pelas teorias das ciências das religiões.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Essa pesquisa não oferece riscos previsíveis a nenhuma pessoa envolvida, além disso, firmamos a

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.357.133

garantia do anonimato e sigilo das informações relacionadas a nome e endereço dos envolvidos na pesquisa. Nesta pesquisa não faremos uso de imagens. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação no seu local de trabalho. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Faz-se necessário esclarecer que o conteúdo deste termo está em consonância com as determinações da resolução 466/12 do CNS, que trata da pesquisa com seres humanos.

Benefícios:

A finalidade deste trabalho é o de compreender a especificidade do ambiente religioso dentro do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosas Dr. Clementino Fraga, e os resultados deste levantamento ajudarão na validação de um instrumento para identificação das necessidades espirituais de pacientes, contribuindo para o debate sobre a relevância usufruída pela religiosidade/ espiritualidade na assistência à saúde; na tomada de decisões e projetos de intervenção por parte dos gestores da instituição e, contribuindo para a área de Ciências das Religiões no que tange a área de espiritualidade e saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta está adequadamente elaborada e permite tecer julgamentos concernentes aos aspectos éticos/metodológicos envolvidos, conforme diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNS, MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados possibilitando adequada avaliação no que se refere aos aspectos éticos e metodológicos.

Recomendações:

O pesquisador responsável e demais colaboradores, MANTENHAM A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-CCS

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente Emenda prende-se ao fato do pesquisador responsável apresentar a mudança na orientação, no título e na amostra. Tendo em vista que as modificações solicitadas não

Endereço: UNIVERSITARIO S/N		CEP: 58.051-900
Bairro: CASTELO BRANCO		
UF: PB	Município: JOAO PESSOA	
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791	E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.357.133

comprometem em nada a execução do presente projeto, somos de parecer favorável ao ora requerido, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1117640_E2.pdf	25/04/2019 10:44:05		Aceito
Folha de Rosto	CASSIANO_FOLHA_DE_ROSTO.pdf	25/04/2019 10:43:21	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CASSIANO_TCLE.pdf	14/03/2018 10:11:47	GERSON DA SILVA RIBEIRO	Aceito
Brochura Pesquisa	CASSIANO_PROJETO_CORRIGIDO.pdf	14/03/2018 10:11:15	GERSON DA SILVA RIBEIRO	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_APROVACAO_PP GCRUFPB.pdf	01/03/2018 11:18:27	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CASSIANO_PPGCRUFPB.pdf	01/03/2018 11:17:40	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	01/03/2018 11:17:10	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Lattes_Cassiano_Augusto.pdf	27/02/2018 20:54:39	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao.pdf	27/02/2018 20:54:11	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.pdf	27/02/2018 20:52:05	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	27/02/2018 20:48:22	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	27/02/2018 20:47:37	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB **Município:** JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.357.133

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 30 de Maio de 2019

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br