



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

BIODANZA NOS PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS:
INTERVENÇÕES E EFEITOS

FRANCISCA MARIA LUIZ KIGUTI

JOÃO PESSOA-PB
2020

FRANCISCA MARIA LUIZ KIGUTI

BIODANZA NOS PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS:
INTERVENÇÕES E EFEITOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de mestre em Ciências das Religiões.

Linha de pesquisa: Espiritualidade e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Possebon.

JOÃO PESSOA

2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

K47b Kiguti, Francisca Maria Luiz.
Biodanza nos pacientes vivendo com HIV/AIDS :
intervenção e efeitos / Francisca Maria Luiz Kiguti. -
João Pessoa, 2020.
117 f. : il.

Orientação: Fabrício Possebon.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE.

1. Biodanza. 2. Pacientes HIV/AIDS - Dança. 3. Medicina
complementar. 4. Medicina alternativa. I. Possebon,
Fabrício. II. Título.

UFPB/BC CDU 793.3(043)

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

BIODANZA EM PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS: intervenções e efeitos.

Francisca Maria Luiz

Dissertação apresentada à banca examinadora formada pelos seguintes especialistas.



Fabricio Possebon
(orientador)



Auríbio Farias Conceição
(membro-externo/UEPB)



Elisa Pereira Gonsalves
(membro-interno)

Aprovada em 16 de dezembro de 2020.

A todos os meus pacientes que vivem com
HIV/AIDS, que aprenderam a se
reinventar a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me mantido na trilha certa durante esse projeto de pesquisa com saúde e forças para chegar até o final. Sou grata à minha família pelo apoio que sempre me deram durante toda a minha vida.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Fabrício Possebon por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa e pelos conhecimentos compartilhados. A todos os meus professores do curso de Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, pela excelência da qualidade técnica de cada um, em especial a professora Elisa Gonsalves.

Agradeço a Beatriz Sousa Soares psicóloga, especializada em educação biocêntrica e facilitadora de Biodanza e Angélica Maria Dutra Amorim Lopes, psicóloga, especializada em psicopedagogia, educação biocêntrica e facilitadora de Biodanza que ministraram todas as sessões de Biodanza realizadas durante o projeto.

Deixo um agradecimento especial a todos os pacientes que participaram de forma voluntária na construção dessa pesquisa.

A Aids selou um amor mais forte e mais definitivo porque desafia tudo,
o medo, a tentação do desespero, o desânimo diante do futuro.
Continuar tudo apesar de tudo, o beijo, o carinho e a sensualidade.
Assumi publicamente minha condição de soropositivo e você me acompanhou.
Nunca pôs um "senão" ou um comentário sobre cuidados necessários.
Deu a mão e seguiu junto como se fosse metade de mim,
inseparável. E foi.

Betinho (Itatiaia, janeiro de 1997)

RESUMO

A pesquisa, intitulada Biodanza nos pacientes vivendo com HIV/AIDS: intervenções e efeitos, tem como objetivo avaliar quais os impactos da intervenção da Biodanza nos pacientes vivendo com HIV/AIDS. Apesar da eficácia das terapias antirretrovirais atuais em suprimir a progressão da doença, muitas pessoas HIV positivo relatam o uso de medicina complementar e alternativa (CAM) para controlar os sintomas do HIV e os efeitos colaterais das medicações específicas. Há uma necessidade em realizar pesquisas que identifiquem fatores associados ao uso de medicina alternativa complementar e as implicações de seu uso para o cuidado no portador de HIV/AIDS, no sentido de fornecer informações precisas e imparciais, desenvolvendo assim planos terapêuticos, de forma que promovam resultados satisfatórios no cuidado e consequentemente na saúde do indivíduo. Dentre as práticas integrativas complementares a escolha da Biodanza deve-se por ser considerada como um sistema com possibilidade de eficaz aplicação para a saúde. O referido estudo trata-se de uma pesquisa do tipo ensaio clínico intervencionista, caso controle, onde serão realizadas sessões de Biodanza pelo período de 6 meses, com amostra de 22 pacientes, sendo 11 grupo de Intervenção e 11 grupo controle, selecionados em ambulatório de um Hospital de referência em doenças infectocontagiosas da Paraíba, com aplicação de pré e pós testes. Utilizaremos como ferramentas, o instrumento WHOQOL-120 HIV, já validado no Brasil para a língua portuguesa, para avaliar qualidade de vida e os marcadores biológicos: quantificação de carga viral, TCD4e TCD8, para avaliar perfil imunológico dos pacientes. Essas ferramentas serão aplicadas no grupo experimental, com a intervenção da Biodanza e no grupo controle, sem a intervenção da Biodanza. Avaliaremos o perfil sociodemográfico dos pacientes, em ambos os grupos. No final da pesquisa aplicar-se-á um pós-teste, descrito anteriormente, no intuito de avaliar as modificações ocorridas sob a influência da temática em estudo, em relação a perfil imunológico e qualidade de vida dos pacientes vivendo com HIV/AIDS. A análise dos dados será confrontada com caso -controle para melhor fidedignidade da resposta. A pesquisa segue em andamento devendo-se prosseguir pelo período de 6 meses de intervenções, através das sessões semanais de Biodanza.

Palavras-Chave: Biodanza. HIV/AIDS. Medicina complementar e alternativa (CAM). WHOQOL-120 HIV.

ABSTRACT

The research, entitled Biodanza on patients living with HIV/AIDS: interventions and effects aim to assess the impacts of Biodanza's intervention on patients living with HIV/AIDS. Despite the effectiveness of current antiretroviral therapies in suppressing disease progression, many HIV positive people report using complementary and alternative medicine (CAM) to control HIV symptoms and the side effects of specific medications. There is a need to conduct research that identifies factors associated with the use of complementary alternative medicine and the implications of its use for the care of HIV/AIDS patients, in order to provide accurate and impartial information, thus developing therapeutic plans, in a way that promotes satisfactory results in care and, consequently, in the health of the individual. Among the complementary integrative practices, the choice of Biodanza should be considered as a system with the possibility of an effective application for health. The referred study is a research of the interventionist clinical trial type, case control, where Biodanza sessions will be carried out for a period of 6 months, with a sample of 22 patients, being 11 Intervention group and 11 control group, selected in an outpatient clinic. A referral hospital for infectious diseases in Paraíba, with application of pre and post-tests. We will use as tools, the WHOQOL-120 HIV instrument, already validated in Brazil for the Portuguese language, to assess quality of life and biological markers: quantification of viral load, TCD4 and TCD8, to assess the patients immunological profile. These tools will be applied in the experimental group, with the intervention of Biodanza and in the control group, without the intervention of Biodanza. We will evaluate the sociodemographic profile of the patients, in both groups. At the end of the research, a post-test, described above, will be applied in order to assess the changes that occurred under the influence of the theme under study, in relation to the immunological profile and quality of life of patients living with HIV/AIDS. The analysis of the data will be confronted with case-control for better reliability of the answer. The research continues in progress and should continue for a period of 6 months of interventions, through weekly Biodanza sessions.

Keywords: Biodanza. HIV/AIDS. Complementary and alternative medicine (CAM). WHOQOL-120 HIV.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL - HIV	25
Quadro 2 – Questões adicionais do WHOQOL-HIV	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes com HIV/AIDS João Pessoa/ PB, 2019 (N = 22).	22
Tabela 2 - Domínios de Qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS e as posições inferior, intermediária e superior no Pré-teste. João Pessoa/ PB no grupo de Intervenção. 2019 (N = 11)	64
Tabela 3 - Domínios de Qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS e as posições inferior, intermediária e superior no Pré-teste. João Pessoa/ PB no grupo Controle. 2019 (N = 11)	64
Tabela 4 - Domínios de Qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS e.....	65
Tabela 5 - Escores do WHOQOL-120 HIV de pacientes com HIV/AIDS de acordo com as facetas e domínios no Pré-Teste. João Pessoa-PB. 2019 (N = 22).....	70
Tabela 6 - Escores do WHOQOL-120 HIV de pacientes com HIV/AIDS de acordo com as facetas e domínios no Pré-Teste (N = 11) e no Pós-teste (N = 9). João Pessoa-PB. 2019-2020	71
Tabela 7 — Caracterização do CD4+,CD4+/CD8+ e carga viral dos pacientes com HIV/AIDS no Pré-teste.	73
Tabela 8 - Comparação do CD4 e CD4/CD8 entre o Pré-teste e Pós-teste.....	75
Tabela 9 - Comparações dos domínios da QV dos pacientes com HIV/AIDS no Pré-teste ...	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Diferenças do domínio físico entre as situações pré-teste e pós-teste	66
Gráfico 2 - Diferenças do domínio psicológico entre as situações pré-teste e pós-teste	66
Gráfico 3 - Diferenças do domínio independência entre as situações pré-teste e pós-teste....	67
Gráfico 4 - Diferenças do domínio relações sociais entre as situações pré-teste e pós-teste ..	67
Gráfico 5 - Diferenças do domínio meio ambiente entre as situações pré-teste e pós-teste ...	68
Gráfico 6 - Diferenças do domínio ERCP entre as situações pré-teste e pós-teste	68

LISTA DE SIGLAS

ARV - AIDS-Associated Retrovirus

AZT - Zidovudina

CAM - Medicina complementar e alternativa

CDC – Centers for disease control and prevention (EUA)

CHCF - Complexo Hospitalar Doutor Clementino Fraga

CMV - Citomegalovírus

DST - Doenças sexualmente transmissíveis

ERCP - Espiritualidade/religiosidade/crença pessoal

HTLV - Human T Lymphotropic Virus

LAV - Lymphadenopathy-associated virus

MS - Ministério da Saúde

MTC - Medicina tradicional e complementar

NASBA - Amplificação baseada na sequência do ácido nucleico

OMS - Organização mundial da saúde

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PICS - Práticas integrativas e complementares

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PVHA - Pacientes vivendo com HIV/AIDS

QV - Qualidade de vida

SAE - Serviço de atendimento especializado

SAME – Serviço de arquivo médico

SICLOM - Sistema de controle logístico de medicamentos

SIM - Sistema de informação sobre mortalidade

SINAN - Sistema de informação de agravos de notificação

SISCEL - Sistema de Informação de Exames Laboratoriais

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia antirretroviral

TCD4 - Células TCD4

TCD8 - Células TCD8

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Em busca do algo mais	18
1.2 Objetivos da pesquisa	20
1.3 Metodologia científica	20
1.4 Método e participantes	22
1.4.1 Instrumentos	24
1.4.1.1 WHOQOL-120-HIV: avaliação da qualidade de vida (QV) de pessoas soropositivas	24
1.4.1.2 Avaliação do Status Imunológico e Viroológico: Quantificação de Carga Viral, Células TCD4 e TCD8	28
1.4.2 Questionário Sociodemográfico	30
1.4.3 Procedimentos	30
2 DESVENDANDO A DOENÇA – HIV/AIDS	34
2.1 Contextualização histórica do HIV/AIDS	35
2.2 A epidemiologia no Brasil e no mundo	40
2.3 A vida além da doença: qualidade de vida em pacientes vivendo com HIV/AIDS	44
2.4 Vivendo com HIV/AIDS – Estratégias de enfrentamento	47
3 CIÊNCIA DAS RELIGIÕES: ESPIRITUALIDADE E AS PICS	49
3.1 Conhecendo a Biodanza: um encontro consigo mesmo	51
3.1.1 As sessões de Biodanza: música, dança e movimento	54
3.1.2 As vivências: o leito e o rio, o caminho	56
3.1.2.1 Linhas de vivências	60
3.2 Resultados e análise estatística	63
3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	84

ANEXO – I – Carta de anuência	92
ANEXO II – Folha de rosto para pesquisa com seres humanos (Plataforma Brasil)	93
ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE)	94
ANEXO IV - Instrumento WHOQOL – 120 HIV.....	96
ANEXO V – Questionário da pesquisa.....	117

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação, intitulada *Biodanza nos pacientes vivendo com HIV/AIDS: intervenções e efeitos* 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 avaliar quais os impactos da intervenção da Biodanza nos pacientes portadores HIV/AIDS, assistidos no ambulatório do hospital referência Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, situado no bairro de Jaguaribe, na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba.

Os objetivos específicos da pesquisa consistem em avaliar possíveis efeitos da Biodanza, como ferramenta de intervenção, em pacientes vivendo com HIV/AIDS. Foram usados como instrumentos de avaliação: qualidade de vida, medida através da aplicação do questionário WHOQOL - 120 HIV, versão em português e perfil imunológico dos pacientes, quantificado pelos exames de TCD4+ e TCD8+.

O presente trabalho está estruturado em 03 capítulos, dentre os quais, o primeiro capítulo dispõe a nossa aproximação com a temática, a contextualização do problema, nossos objetivos gerais e específicos. Fizemos uma exposição a respeito da metodologia, do tipo de estudo selecionado para pesquisa, instrumentos de coletas de dados, procedimentos. Ainda nesse capítulo, realizamos uma breve explanação que corrobora com o entendimento da ferramenta utilizada para avaliação de qualidade de vida (QV), WHOQOL - 120 HIV, na qual abordamos também os marcadores biológicos para quantificação da carga viral para o HIV e marcadores que avaliam o perfil imunológico do paciente, caracterizados pela mensuração de células TCD4 e TCD8. No segundo capítulo, discutimos uma visão técnica a respeito do entendimento do HIV/AIDS do ponto de vista clínico e imunológico, bem como, apresentamos a contextualização histórica da AIDS, sua trajetória epidemiológica, a expectativa e qualidade de vida, além das estratégias de enfrentamento da doença. No terceiro capítulo é realizada uma abordagem acerca da espiritualidade e as práticas integrativas complementares (PICS). Adentrando no cerne da nossa pesquisa abordamos a Biodanza, tecendo considerações a respeito de seu conceito, modelo teórico, as sessões, suas vivências, a relação da dança e música com a espiritualidade. Nesse capítulo, expomos a análise dos dados e a discussão a respeito do tema proposto destacando os resultados obtidos com a pesquisa e confrontando os dados com a literatura disponível para embasamento científico. Por fim, realizamos as considerações finais da nossa pesquisa.

1.1 Em busca do algo mais

A nossa trajetória de vida nos leva e indagações, dentre as quais a frequente diz respeito ao fato de que estamos ou não na direção certa? Desde a residência médica em infectologia, no Hospital Universitário Lauro Wanderley, iniciei meu primeiro contato com paciente HIV/AIDS, observando as dificuldades de adesão às terapias antirretrovirais, os abandonos de tratamentos, falta de aceitação dos pacientes do seu diagnóstico, o medo da discriminação e os quadros de depressão associados à doença. Em 2008, no Hospital de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, iniciamos o acompanhamento como médica assistencial dos pacientes com HIV/AIDS internos na Ala Masculina - Henfil e, posteriormente, passamos para Ala feminina - Betinho, na qual trabalhamos até os dias atuais.

Na enfermaria e ambulatório de HIV/AIDS, com um olhar mais complexo não voltado apenas para a doença, mas, também, para todas as implicações e repercussões que o peso do diagnóstico ainda carrega, seja na forma da discriminação, da revolta, da não aceitação ou do medo, observamos todos os fatores que influenciam diretamente no prognóstico e evolução, favorável ou não, desses pacientes. Nesse lugar, podemos destacar o suporte familiar, a mudança no estilo de vida, a própria espiritualidade como fatores preponentes no enfrentamento da doença.

São observados inúmeros fatores relacionados à baixa adesão a terapia antirretroviral (TARV), dificuldades para o cumprimento dos horários, intolerância pelos efeitos adversos ou impossibilidade de comparecimento à unidade de saúde para a retirada dos medicamentos (seja por dificuldades físicas, emocionais ou financeiras). Outra possibilidade de baixa adesão, em pacientes com muito tempo de TARV, em especial os clinicamente estáveis, é o fato de se sentirem muito bem de saúde e, por isso, questionarem a continuação do tratamento. Algumas falas podem ilustrar essa situação: “Estou cansado de tomar remédio”; “Estou tão bem, nem parece que tenho essa doença”; “Achei que estava curado”. Esses relatos mostram que a adesão é um processo dinâmico que pode ser afetado pelo contexto de vida da pessoa, ao longo da história do tratamento (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, além das estratégias colocadas pelo Ministério da Saúde para resgate dos casos de abandono e para melhorar a adesão destes pacientes, havia um sentimento de que precisava de algo mais, no sentido de promover algum impacto na mudança e na qualidade de vida desses pacientes. Surgiu então, o interesse pelas Ciências da Religião no intuito de estudarmos a relação entre espiritualidade e saúde e de qual forma poderíamos levar esses conhecimentos para os pacientes com HIV/AIDS.

Durante as aulas de mestrado tivemos o conhecimento das PICS, sendo que a Biodanza despertou a nossa curiosidade para a investigação. Nas pesquisas teóricas, observamos alguns efeitos positivos que poderiam ser aplicados aos pacientes com HIV/AIDS no sentido de melhorar a qualidade de vida e consequente adesão, além do prognóstico desses pacientes, de uma forma complementar a TARV e as terapias convencionais. Participamos de algumas aulas ministradas pela Dra. Elisa Gonsalves, em um grupo de facilitadores de Biodanza, para melhor entendimento de como a música e os movimentos podem alterar e transformar a vida das pessoas, portadoras ou não do vírus do HIV.

Apesar da eficácia das terapias antirretrovirais atuais em suprimir a progressão da doença, muitas pessoas HIV positivo relatam o uso de medicina complementar e alternativa (CAM) para controlar os sintomas do HIV e os efeitos colaterais das medicações específicas. A avaliação do uso da CAM oferece aos médicos uma oportunidade de fornecer informações precisas e imparciais e trabalhar em colaboração com os usuários para desenvolver planos de tratamento que otimizem a adesão aos tratamentos prescritos, a satisfação com os cuidados e os resultados de saúde (LITTLEWOOD, 2018)

Dentre as práticas integrativas e complementares a escolha da Biodanza deve-se a sua fundamentação de princípios. Segundo Toro (2002, p. 20), Biodanza é “um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de reeducação afetiva e de aprendizagem das funções originais da vida”. Estudar os grupos em que ela é praticada se constitui um caminho para o aprofundamento do saber transdisciplinar, tendo como foco o método Biodanza e sua ação sobre a saúde.

Considerando a criação da Biodanza com base em estudos sobre Arte, Tradição, Filosofia, Ciências Humanas e Biológicas, é possível notarmos que ela parte de uma busca de compreensão da realidade perpassando por disciplinas especializadas e por saberes diversos. Apresentando um modelo teórico próprio, transdisciplinar, a Biodanza define e articula conceitos importantes para as suas consolidações teóricas, metodológicas e técnica, tais como as sistematizações sobre a vivência, a identidade, a corporeidade, o movimento, o instinto, a carícia, a dança, a regressão, a progressividade, a afetividade, dentre outras (GÓIS, 2008, p. 48).

Com esse novo senso, o indivíduo é capaz de se estruturar de forma a seguir o próprio ritmo do organismo, apresentando diminuição das tensões e dores musculares, além de um bem-estar e maior disposição vital. Esses elementos são provocados por mudanças no estilo de vida e na restauração do equilíbrio funcional, o que promove uma renovação orgânica, vista em

Biodanza como “efeito da homeostase, do equilíbrio interno e da redução dos fatores de estresse” (TORO, 2002, p. 35).

No intuito de avaliar as influências que a Biodanza possa ocasionar dentro de um grupo de pacientes vivendo com HIV/AIDS e a proposta de ofertar práticas integrativas e complementares que possam favorecer e/ou aperfeiçoarem o tratamento convencional, visando melhoria na qualidade de vida e no processo saúde-doença, a discussão dessa temática foi elencada, resultando na pretensão de realizar uma análise de dados a partir das informações obtidas, evidenciando efeitos positivos ou negativos.

Colocando em aspas, poderia destacar que ao analisar trabalhos de pesquisa relacionados à Biodanza, surgiu a indagação do problema na necessidade de buscar uma intervenção com um rigor metodológico maior para evidenciar os efeitos positivos ou não dessa prática integrativa. Partindo dessa premissa, podemos dizer que o Tema nos escolheu e, nesse entendimento, almejamos contribuir de alguma forma para que as pessoas vivendo com HIV/AIDS usufruam de todos os benefícios que esta prática integrativa complementar possa oferecer.

1.2 Objetivos da pesquisa

O Objetivo geral da pesquisa consiste em avaliar quais os efeitos da intervenção da Biodanza nos pacientes portadores HIV/AIDS em hospital de referência para doenças infectocontagiosas. Com relação aos objetivos específicos analisamos qual o impacto que a Biodanza promoveu em relação a melhoria na qualidade de vida dos pacientes, bem como a influência no perfil imunológico de cada um. Foram utilizados como instrumentos de avaliação: qualidade de vida, medida através da aplicação do questionário WHOQOL- 120-HIV, versão em português e perfil imunológico dos pacientes, quantificado pelos exames de mensuração de células linfócitos CD4 e CD8 (TCD4+ e TCD8+).

1.3 Metodologia científica

No que diz respeito a metodologia científica, Gerhart (2009) afirma que corresponde a um estudo sistemático e lógico dos métodos empregados, com seus fundamentos, sua validade e seu referencial com dados científicos. O percurso metodológico é o caminho que se percorre para chegar ao objetivo da pesquisa, devendo-se explicitar os instrumentos que serão usados para a investigação e as fontes de pesquisa. De acordo com Gonsalves (2018), o percurso metodológico indica um processo de construção, um movimento que o pensamento humano

executa para uma melhor compreensão da realidade social. Esse registro corresponde a evidência da postura epistemológica enquanto pesquisador, mostrando pistas de como está sendo desenvolvida a relação sujeito-objeto do conhecimento.

O nosso estudo se caracteriza como do tipo interventivo, de ensaio clínico, caso controle, com dois momentos de mensuração pré e pós-testes. Os ensaios clínicos correspondem a estudos envolvendo pacientes (humanos), nos quais há uma designação de pessoa elegível para a intervenção. Sendo um estudo intervencional, o pesquisador não se limita a simples observação, podendo promover interferências através da exclusão, inclusão ou modificação de determinado fator, como assinalam Campana et al (2001).

Os estudos controlados são as pesquisas que envolvem o estudo de "grupo de casos" e um "grupo controle", sendo que o grupo controle deve ter seus integrantes o mais semelhantes possível daqueles do grupo de casos (experimental). Diferem apenas pelo fato que o primeiro vai receber a intervenção, no nosso caso, as vivências em Biodanza e o segundo não foi exposto a nenhum fato. Esses estudos permitem a proposição de hipóteses, comparando os resultados entre os grupos. Geralmente, são utilizados em estudos analíticos envolvendo cálculos de probabilidades estatísticas (HOCHMAN et al, 2005). A necessidade de realizar um estudo de caso-controle na nossa pesquisa se fez para promover um melhor rigor metodológico, para que possamos diminuir o máximo viés que pudesse surgir durante a pesquisa.

Viés é um processo em qualquer estágio da inferência, com tendência a produzir resultados que se afastem sistematicamente dos valores verdadeiros. É qualquer tendência na coleta, análise, interpretação, publicação ou revisão de dados que possa levar a conclusões que sejam sistematicamente diferentes da verdade. Existem vários tipos de Viés em uma pesquisa científica, em nossa pesquisa destacamos um exemplo que poderia ter ocorrido: Viés de confusão: que corresponde ao fato de que quando dois fatores estão associados (“andam” juntos) o efeito de um se confunde com, ou é distorcido pelo efeito do outro. De forma prática podemos colocar que em relação à avaliação do perfil imunológico dos pacientes, poderíamos inferir que a melhora nos parâmetros imunológicos, pode estar relacionada ao uso de TARV, que está sendo usada pelos pacientes durante a pesquisa e não somente relacionada a intervenção promovida pela Biodanza. Com a aplicação de caso-controle tornou-se possível analisar e realizar um estudo comparativo com pacientes com mesmo perfil de controle do vírus, no mesmo período de estudo, porém sem que essas pessoas estivessem submetidas a nenhuma intervenção.

1.4 Método e participantes

O presente estudo se caracteriza como do tipo interventivo. Contou com uma amostra de 22 pacientes HIV/AIDS, sendo dispostos: 11 para o grupo de Intervenção e 11 no grupo controle. O grupo Intervenção é constituído por participantes que sofrerão a ação interventiva da Biodanza. O grupo controle, corresponde aos pacientes que não sofrerão nenhuma ação interventiva. No grupo de Intervenção temos as seguintes características da amostra: a maioria é do sexo masculino (63,6%) com idades entre 25 e 72 anos ($M = 47,4$; $DP = 13,73$), sendo a maior parte dos participantes composta por solteiros(as) (45,5%), com ensino médio completo (45,5%), de cor autorreferida parda (45,5%), de religião católica (45,5%), com renda familiar entre 1 e 3 salários-mínimos (36,4%) e sem trabalho remunerado (54,5%). Em relação aos aspectos familiares, a maioria não possui filhos (45,5%), mas entre os que possuem, 3 tem dois filhos e uma pessoas têm seis filhos. Além disso, a maior parte da amostra vive com familiares (36,4%). Abaixo, a Tabela 1 detalha o perfil sociodemográfico dos participantes, do grupo de Intervenção ($N = 11$) e do grupo controle ($N = 11$).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes com HIV/AIDS João Pessoa/ PB, 2019 ($N = 22$)

Variáveis		Grupo de Intervenção		Grupo Controle	
		f*	%*	f	%
Faixa etária	Abaixo de 50 anos	5	45,5	8	72,7
	Acima de 50 anos	4	36,3	2	18,2
	Ausente	2	18,2	1	9,1
Sexo	Masculino	7	63,6	8	72,7
	Feminino	2	18,2	3	27,3
	Ausente	2	18,2	0	0,0
Estado Civil	Solteiro(a)	5	45,5	6	54,5
	União Estável	2	18,2	2	18,2
	Casado	0	0,0	3	27,3
	Viúvo(a)	1	9,1	0	0,0
	Divorciado(a)	1	9,1	0	0,0
	Ausente	2	18,2	0	0,0
Escolaridade	Fundamental	1	9,1	2	18,2
	Incompleto				
	Fundamental	0	0,0	3	27,3
	Completo				
	Médio Incompleto	1	9,1	1	9,1
	Médio Completo	5	45,5	3	27,3
	Superior	2	18,2	2	18,2
	Ausente	2	18,2	0	0,0

Profissão	Aposentado	2	18,2	0	0,0
	Estudante/Estagiário	2	18,2	1	9,1
	Autônomo (a)	2	18,2	0	0,0
	Técnico de Enfermagem	1	9,1	0	0,0
	Auxiliar de Almoхарifado	1	9,1	0	0,0
	Coordenador de atendimento	0	0,0	1	9,1
	Doméstica	0	0,0	1	9,1
	Cozinheiro (a)/chef de Cozinha	0	0,0	3	27,3
	Nutricionista	0	0,0	1	9,1
	Vigilante/zelador	0	0,0	2	18,2
	Cabelereiro	0	0,0	1	9,1
Cor	Branca	2	18,2	4	36,4
	Negra	1	9,1	4	36,4
	Parda	5	45,5	2	18,2
	Ausente	3	27,3	1	9,1
Religião	Católica	5	45,5	3	27,3
	Evangélica	0	0,0	3	27,3
	Cristão	1	9,1	0	0,0
	Espírita	2	18,2	2	18,2
	Não tem religião	1	9,1	2	18,2
	Outra	0	0,0	1	9,1
	Não respondeu	2	18,2	0	0,0
Renda familiar	Entre 1 e 2 salários-mínimos	4	36,4	10	90,9
	Entre 2 e 3 salários-mínimos	3	27,3	1	9,1
	Entre 3 e 5 salários-mínimos	1	9,1	0	0,0
	Entre 5 e 10 salários-mínimos	1	9,1	0	0,0
	Ausente	2	18,2	0	0,0
	Não	5	45,5	6	54,5
Filhos	Sim	4	36,4	5	45,5
	Ausente	2	18,2	0	0,0
	Não	6	54,5	6	54,5
Trabalho remunerado	Sim	3	27,3	3	27,3
	Ausente	2	18,2	2	18,2
	Não	6	54,5	6	54,5
Com que vive	Familiares	4	36,4	5	45,5
	Cônjuge e filhos	1	9,1	2	18,2
	Sozinho (a)	2	18,2	1	9,1
	Companheiro (a)	1	9,1	3	27,3
	Não respondeu	3	27,3	0	0,0

*Nota: f – frequência absoluta; % - porcentagem.

Fonte: Dados da Pesquisa (KIGUTI, 2020)

1.4.1 Instrumentos

Os instrumentos de avaliação foram: a medida da qualidade de vida nos pacientes com HIV/AIDS analisados a partir da aplicação do questionário WHOQOL-120 HIV; perfis imunológicos dos pacientes analisados a partir da quantificação de células TCD4+ e TCD8+, sendo feita uma aplicação em dois grupos distintos de pacientes, um que foi submetido ao procedimento de intervenção (Biodanza) e outro grupo sem nenhuma intervenção. Essa análise garantiu um melhor estudo comparativo dos dados obtidos.

Para melhor entendimento desse contexto que envolve os instrumentos é necessário conhecer que o questionário WHOQOL-120 HIV. A ferramenta dessa pesquisa é uma premissa da Organização Mundial de Saúde (OMS), à mostra de maneira mais detalhada no item seguinte. No entanto, o que fica mais visível é o fato de que, salvaguardadas as lacunas existentes em todos os estudos iniciais, há uma tentativa de reunir em um instrumento com questões abrangentes e dinâmicas, além do respeito pelas especificidades das pessoas e das sociedades nas quais estão inseridas. Em relação aos parâmetros que mensuram a leitura sobre a carga viral e a atuação no sistema imunológico, a escolha se deu porque a contagem dessas células é essencial para o controle das doenças, sobretudo infectocontagiosas, nesse caso.

1.4.1.1 WHOQOL-120-HIV: avaliação da qualidade de vida (QV) de pessoas soropositivas

O instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) teve como passo inicial a definição de qualidade de vida de uma forma consensual. Assim, a OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995). O conceito tem uma ampla visão na qual se incluem a inter-relação do indivíduo com o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. Segundo Fleck (2000), nesse conceito prepondera a percepção do próprio paciente que está sendo avaliado e não mais uma visão objetiva do ambiente, do estado funcional ou estado psicológico ou de como os profissionais de saúde ou familiares interpretam essas percepções.

O Centro Brasileiro do Grupo de Qualidade de Vida da Organização da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-GROUP) está sediado no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e desde 1995 vem

participando ativamente de todos os projetos do Grupo WHOQOL. Cada projeto teve como principal objetivo o desenvolvimento de um instrumento para avaliar qualidade de vida. Os projetos iniciais desenvolveram instrumentos genéricos, por exemplo: WHOQOL-100 ou bref. Posteriormente, o Grupo WHOQOL passou a desenvolver módulos para situações específicas, como por exemplo, o WHOQOL-HIV. O WHOQOL-100 é composto por 100 itens divididos em 6 domínios e 24 facetas. Cada uma das 24 facetas é composta por 4 itens perfazendo um total de 96 itens. Um domínio geral composto por 4 perguntas genéricas sobre qualidade de vida completa os 100 itens. O projeto WHOQOL-100 envolveu um grupo coordenador, investigadores colaboradores inicialmente em 15 centros e um painel de consultores (WHO, 1998; UFRGS, 2016))

O WHOQOL-HIV foi desenvolvido a partir de um teste intensivo de 115 questões (HIV-específicas) mais o WHOQOL-100 em 10 centros ao redor do mundo. Versões validadas para uso em populações HIV estão disponíveis a partir da lista dos centros que realizaram os testes de campo. Essas versões foram construídas pelas 120 questões correspondentes e escalas de resposta exatamente como elas estavam na versão do idioma que foi usado no teste piloto. As perguntas abordadas atendem à definição de Qualidade de Vida (QV) como “as percepções do indivíduo a partir da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 2002).

Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL - HIV

Domínio 1 – Físico	1 – dor e desconforto 2 – energia e fadiga 3 – sono e descanso 50 – sintomas de HPVAs*
Domínio II – Psicológico	4 – sentimentos positivos 5 – cognição (pensamento, aprendizagem, memória e concentração) 6 – autoestima 7 – corpo (imagem corporal e aparência) 8 – sentimentos negativos
Domínio III – Nível de dependência	9 – mobilidade 10 – avd (atividades da vida diária) 11 – dependência de medicação ou tratamentos 12 – aptidão ao trabalho
Domínio IV – Relações sociais	13 – relacionamentos pessoais 14 – apoio social 15 – atividade sexual 51 – inclusão social

Domínio V – Meio ambiente	16 – segurança física 17 – moradia 18 – finanças 19 – cuidados (acesso e qualidade à saúde e assistência social) 20 – informação (adquirir informação nova / aprender novas habilidades) 21 – lazer 22 – ambiente físico (poluição / barulho / trânsito / clima) 23 - transporte
Domínio VI - Aspectos pessoais / religião e crenças pessoais	24 – ercp (espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais) 52 – perdão e culpa 53 – preocupações sobre o futuro 54 – morte e morrer Qualidade de vida geral e percepção geral de saúde

*Facetas que são destacadas em negrito são específicas às pessoas que vivem com HIV/AIDS, e como tal foram somadas ao instrumento WHOQOL original.

Fonte: Adaptado de Fleck (2000, p. 35).

Conforme descrito por Pedroso et al (2012), o instrumento WHOQOL-HIV avalia a qualidade de vida a partir de seis domínios e 29 facetas. Os domínios e facetas são os mesmos do WHOQOL-100, com o acréscimo de cinco facetas específicas para portadores do HIV. As facetas adicionais do WHOQOL-HIV são as descritas abaixo, acompanhadas das questões abordadas em cada uma, disponibilizadas no Quadro 2, adiante.

Quadro 2 – Questões adicionais do WHOQOL-HIV

Facetas	Questões
Sintomas de PVHAS: problemas físicos que PVHAS podem vir a apresentar.	• <i>O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico relacionado à sua infecção por HIV?</i> • <i>Em que medida você tem medo de uma possível dor (física) no futuro?</i> • <i>Em que medida você sente que qualquer problema físico desagradável o impede de fazer coisas que são importantes para você?</i> • <i>Em que medida você se sente incomodado pelo medo de vir a ter algum problema físico desagradável.</i>
Inclusão social: aceitação do indivíduo pela sociedade em que está inserido.	• <i>Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece?</i> • <i>Com que frequência você sente que é discriminado devido à sua condição de saúde?</i> • <i>Em que medida você se sente aceito pela sociedade?</i> • <i>O quanto você se sente afastado, alheio, distante emocionalmente dos outros e das pessoas que lhe rodeiam?</i>
Perdão e culpa: sentimento de culpa que o	• <i>O quanto você se culpa pela sua infecção pelo HIV?</i> • <i>Você se incomoda pelo fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?</i>

indivíduo possui a respeito da sua infecção pelo HIV.	• <i>Quão culpado você se sente por ser HIV+?</i> • <i>Em que medida você se sente culpado quando necessita da ajuda e do cuidado dos outros?</i>
Preocupações sobre o futuro: medo e preocupações sobre as mudanças no curso da vida do indivíduo após a infecção pelo HIV.	• <i>Em que medida você se preocupa que a sua condição de HIV interrompa a possibilidade de continuar a sua família e as futuras gerações?</i> • <i>Em que medida você está preocupado em como as pessoas lembrarão de você quando morrer?</i> • <i>Em que medida lhe incomoda sentir que seu sofrimento é determinado pelo destino?</i> • <i>O quanto você tem medo do futuro?</i>
Morte e morrer: preocupações com a morte, tal qual o local, o motivo e o sofrimento antes de morrer.	• <i>O quanto você se preocupa com a morte?</i> • <i>Quão perturbado você está com a ideia de não poder morrer da maneira que você gostaria?</i> • <i>Quão preocupado você está em relação a como e onde você morrerá?</i> • <i>Quão preocupado você está em relação a possibilidade de sofrer antes de morrer?</i>

Fonte: Adaptado de Zimpel e Fleck (2008)

Pelo exposto nos Quadros 1 e 2 que mostras os domínios e facetas, além das questões específicas acrescentadas, devemos ressaltar que a avaliação dos resultados para o cálculo de WHOQOL-HIV segue determinado parâmetro e

É verificado se todas as 120 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5; invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida. Em se tratando de facetas em escala invertida, todas as questões pertencentes a estas facetas são invertidas individualmente; Os escores das facetas são calculados a partir da soma das quatro questões pertencentes a cada faceta, seguido de uma divisão por quatro. Estes são expressos em uma escala variante entre 1 e 5; os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores das “n” facetas que compõem cada domínio, dividido pelo número de facetas do domínio. O resultado é multiplicado por quatro, sendo estes expressos em uma escala de 4 a 20 (PEDROSA et al, 2012, p. 140).

Os cálculos das questões são considerados individualmente e pontuados em uma escala tipo Likert de 5 pontos, na qual 1 indica percepções baixas e negativas e 5 indica percepções altas e positivas. Assim, as pontuações dos domínios e facetas estão dispostas em uma direção positiva, considerando as pontuações mais altas que denotam melhor qualidade de vida. Em algumas facetas (dor e desconforto, sentimentos negativos, dependência de medicação, morte e morrer) as pontuações não estão dispostas em uma direção positiva, o que significa que, para essas facetas, escores mais altos não denotam melhor qualidade vida (OMS, 2002). Assim é preciso levar em consideração a ação denotativa da questão e não somente o quantitativo da escala.

1.4.1.2 Avaliação do status imunológico e virológico: quantificação de carga viral, células TCD4 e TCD8

Em decorrência do uso desses parâmetros laboratoriais na nossa pesquisa, sentimos a necessidade de fazer algumas considerações a respeito para melhor entendimento. No paciente com HIV/AIDS ocorre uma destruição do sistema imunológico promovendo uma depleção nas células de defesa TCD4 e TCD8. Como o vírus tem tropismos pelas células CD4 e CD8, quanto maior for a carga viral maior será a destruição do sistema imunológico. Os valores normais de TCD4 são de 800 a 1000 células, podendo sofrer influências de vários fatores como o horário que o sangue é coletado, uso recente de corticoide, a variação do método dentre outros (TAVARES, 2007).

Normalmente, na ausência de infecção pelo HIV, a relação entre a contagem de células CD4 e CD8 (CD4/CD8) é maior ou igual a 1. Essa relação é invertida na presença da infecção pelo HIV e assim se mantém por toda a evolução da doença, sintomática ou assintomática; raramente volta a ser maior que 1 novamente (TOVO et al., 2007). Desde os primeiros anos da epidemia, a monitorização das células T CD4+ vem sendo utilizada como um parâmetro laboratorial preditivo do prognóstico da doença causada pelo HIV, sendo um excelente indicador da magnitude do risco para as principais infecções oportunistas, principalmente em pacientes com doença sintomática. A avaliação confere inferir qual o status imunológico do paciente com HIV/AIDS. De acordo com os níveis de células TCD4 podemos definir indicações de quimioprofilaxias e avaliar os pacientes que estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de infecções oportunistas (BRASIL, 1998). Nesse sentido, vale evidenciar que:

A contagem de células CD8 também é utilizada na avaliação da infecção pelo HIV, e já foi demonstrado que a resposta celular CD8 se correlaciona com a resposta celular CD4; no entanto, não constitui marcador prognóstico. Tem sido relatado que os indivíduos com infecção pelo HIV apresentam disfunção das células CD8. A possível associação entre a maturação das células CD8 e o controle imune é sugerida. No entanto, mais estudos são necessários para avaliar o quanto a maturidade das células CD8 está ligada ao controle da replicação viral. Estudo recente sugere que a atividade das células CD8 não controla adequadamente a replicação viral e parece ser criticamente dependente das células CD4 (TOVO et al., 2007, p. 115).

Nesse entendimento, consideramos que o nível de RNA do HIV no plasma é um marcador clínico importante, sendo mensurado através da carga viral para HIV. O número de partículas virais é mais elevado durante a infecção primária e mais baixo na fase crônica assintomática. A quantificação da carga viral avalia, portanto, a progressão da doença, a resposta a TARV instituída, sugere a presença ou não de resistência viral, quando os seus níveis

permanecem persistentemente elevados, mesmo com a instituição da TARV e com uma boa adesão do paciente aos medicamentos (BRASIL, 1998). Nesse sentido, Rachid (2017) enfatiza que estudos demonstram que a transmissão do vírus está diretamente relacionada com a carga viral plasmática, com a instituição da terapia antirretroviral essa carga viral deve ficar abaixo do limite de detecção, diminuindo assim a transmissibilidade e promovendo controle virológico. Portanto essa aferição da carga viral permite monitorizar a adesão e a efetividade do tratamento.

A contagem de CD4+ foi realizada por citometria de fluxo e a carga viral (CV) do HIV foi quantificada pela técnica de amplificação baseada na sequência de ácidos nucleicos (NASBA® *Organon Teknica, Boxtel, Holland*), com limite para detecção acima de 50 cópias/ml. Vale ressaltar, que os exames para quantificação de células TCD4 e TCD8, são usados para avaliar a função do sistema imunológico em pessoas vivendo com HIV/AIDS. O exame determina a quantidade de linfócitos no sangue através de marcadores de superfície que são CD4 e CD8. Esses valores diminuem à medida que a infecção progride. Níveis considerados para risco de progressão para AIDS e aparecimento de infecções oportunistas podem ser observados com CD4 abaixo de 200 células/mm³ (ou < 14-16%).

A carga viral plasmática, detectada na forma de RNA do HIV, reflete a dinâmica desse vírus nos indivíduos infectados, quantificando as partículas que estão sendo produzidas e lançadas na circulação sanguínea. O nível de RNA do HIV no plasma é um marcador clínico importante. O número de partículas virais é mais elevado durante a infecção primária e mais baixo na fase crônica assintomática. Existe uma relação direta entre a quantidade de HIV detectada e a rapidez com que a infecção progride. Níveis elevados de replicação do vírus e o aumento da carga viral estão associados a deterioração acelerada do sistema imune. Portanto, a carga viral é muito útil para avaliar a progressão da doença e para determinar a eficácia dos antirretrovirais.

As metodologias disponíveis para determinação da carga viral baseiam-se na amplificação direta ou indireta dos ácidos nucleicos. Das metodologias disponíveis para mensuração da carga viral usamos o NASBA (*Nucleic Acid Sequence Based Amplification* - amplificação baseada na sequência do ácido nucleico) a amplificação do material genético viral é direta, ou seja, ocorre um aumento da quantidade de ácido nucleico e detecta-se o produto amplificado (BRASIL, 2000).

Para um melhor entendimento podemos resumir da seguinte forma: A imunidade dos pacientes HIV/AIDS é avaliada pelos valores de células TCD4+ e Células TCD8+, quanto mais

alto se apresentam esses valores, predizem que o sistema imunológico está imunocompetente. A carga viral mede a quantidade de vírus do HIV, presente no organismo, quanto maior for essa carga viral, a doença evolui para uma maior progressão, pois os vírus irão destruir o sistema imunológico, provocando, por conseguinte uma redução nas nossas células de defesa: TCD4 e TCD8. Nesse sentido, os tratamentos hoje disponíveis, TARV, promovem um controle do vírus do HIV, mantendo a carga viral indetectável, ou seja, com valores abaixo de 50 cópias de vírus. Promovendo esse controle da carga viral, as nossas células de defesa conseguem manter-se em níveis adequados.

Por fim, os resultados de contagem de CD4+, CD8+ e Carga Viral do HIV foram coletados nos prontuários médicos dos pacientes, fornecidos pelo SAME, do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga. A carga viral, CD4 e CD8 foram divididas em dois grupos, abaixo e acima da mediana, para fins de comparação.

1.4.2 Questionário Sociodemográfico

Com objetivo de caracterizar a amostra de pacientes estudada foram questionadas informações como idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, cor, religião, renda familiar, se possui filhos, se realiza trabalho remunerado, e com quem vive.

1.4.3 Procedimentos

A escolha da instituição se deve ao fato de ser o hospital de referência do Estado em doenças Infecciosas, especialmente em HIV/AIDS. Os pacientes foram selecionados durante consultas no ambulatório de HIV/AIDS, do CHCF, sendo abordados durante a consulta de enfermagem no Serviço de atendimento especializado (SAE) dessa instituição hospitalar, onde foram feitas considerações a respeito da Biodanza e o convite para participar do estudo. Os critérios de inclusão do estudo foram: 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 (TCLE), acometidos pelo HIV/AIDS atendidos pelo ambulatório do CHCF e, de diferentes condições socioeconômicas. Os critérios de exclusão foram: indivíduos menores de idade e não alfabetizados incapacitados à leitura, compreensão e preenchimento do questionário ou que se recusem a assinar o TCLE.

A pesquisa iniciou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, CAAE: 17451119.0.00000.5188, parecer número: 3.475.367. Levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Desse modo, será solicitado o consentimento livre esclarecido dos participantes da pesquisa, constante no anexo. Vale ressaltar que os instrumentos para coleta de dados e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos, deverão permanecer sob a responsabilidade do pesquisador responsável durante 05 anos.

A presente pesquisa oferece riscos considerados “mínimos” aos sujeitos participantes, e esses serão informados de que caso ocorram quaisquer riscos, sejam estes de ordem psicológica ou algum desconforto ao realizar a entrevista, a pesquisadora associada se compromete a prestar assistência e/ou encaminhar o sujeito para o profissional responsável em prestar esse cuidado.

Os benefícios obtidos com esse estudo foram traduzidos em esclarecimentos para a população estudada. Os estudos com aplicação de questionários e entrevistas podem apresentar possíveis riscos como invasão de privacidade; responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; revitalizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista. Assim, por se tratar de um estudo com formação de um grupo com pacientes vivendo com HIV/AIDS, consideramos também o risco da identificação do grupo e encontro com pessoas com a mesma condição sorológica podendo-se expor o seu diagnóstico. Algumas medidas foram tomadas para minimizar os riscos tais como: Garantir o acesso aos resultados individuais e coletivos. Minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, garantir que os pesquisadores sejam habilitados ao método de coleta dos dados (muito importante para grupo focal e entrevista), estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto, limitar o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa, garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras), assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Os pacientes que se propuseram a participar do estudo colocaram nomes em uma lista com seus contatos para que pudéssemos confirmar o início das sessões de Biodanza.

Previamente ao dia 30/de agosto/2019, foi realizado contato com todos os pacientes presentes na lista para que comparecessem ao CHCF, para uma reunião prévia a respeito da pesquisa, bem como para assinatura do TCLE e aplicação do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-120 HIV). Foi disponibilizado um espaço de oficinas terapêuticas, localizada no setor ambulatorial da dermatologia para reunião e posteriormente realização das sessões de Biodanza.

A aplicação do questionário WHOQOL-120 HIV, para avaliar qualidade de vida, foi realizada individualmente por cada participante, apesar de estar em um ambiente coletivo, sem a influência do pesquisador durante as respostas. Posteriormente, os participantes foram medidos em relação a qualidade de vida em um pré e pós-teste após 6 meses de intervenção da Biodanza, bem como serão realizados dados comparativos entre os exames de TCD4+, TCD8+ e carga Viral pré e pós-intervenção, sendo utilizada a relação CD4+/CD8+.

As sessões de Biodanza iniciaram em 06 de setembro 2019, sendo realizada 1 vez por semana, às sextas feiras, no horário das 14h, na sala de oficinas do CHCF. Foram conduzidas pelas facilitadoras de Biodanza: Beatriz Sousa Soares, psicóloga, especializada em educação biocêntrica e Angélica Maria Dutra Amorim Lopes, psicóloga, especializada em psicopedagogia e educação biocêntrica. Ambas com formação na Escola de Biodanza do Extremo Oriental das Américas, na cidade de João Pessoa, capital da Paraíba. As aulas foram planejadas de acordo com as vivências que desejavam ser trabalhadas. Inicialmente, a cada sessão foi feito um momento verbal com o grupo, discutindo-se as vivências que foram trabalhadas anteriormente, nesse momento os participantes se sentem livres para expressar suas opiniões, seus sentimentos, sendo essa conversa guiada pelas facilitadoras, sendo colocada qual a temática da aula, por exemplo, o amor, o encontro. Um segundo momento baseado no convite para a dança, sendo os participantes orientados no sentido de permanecerem sem conversar durante os exercícios, porém podem se expressar através do canto. A série de músicas foi selecionada pelas facilitadoras de acordo com o objetivo da aula e dos potenciais a serem vivenciados. A cada início da música a facilitadora sugeria uma maneira de execução do exercício, bem como o sentimento que a música expressa. No final de cada sessão o grupo se despedia de uma forma coletiva de acordo com a dinâmica direcionada pela facilitadora.

Foi selecionado um segundo grupo de participantes para o estudo, de forma aleatória, no ambulatório de HIV/AIDS, do CHCF. As pessoas foram escolhidas entre as que vinham para consultas médicas de rotina. Todos os pacientes foram submetidos à assinatura do TCLE, com os mesmos critérios de inclusão e exclusão do grupo anterior. Ressaltamos que no TCLE

foi discriminado o estudo como apenas avaliação da qualidade de vida, para que não sofressem nenhuma influência da ferramenta de intervenção (Biodanza). Esse grupo funcionou como um grupo controle para a consolidação dados estatísticos comparativos, corroborando com uma melhor fidelidade do estudo. Para melhor entendimento e de forma mais didática colocamos as denominações de: Grupo experimental – que continha os submetidos à intervenção da Biodanza e Grupo controle – os que não obtiveram contato com a Biodanza.

2 DESVENDANDO A DOENÇA – HIV/AIDS

A AIDS é causada por um retrovírus com 2 tipos biológicos, HIV-1 e HIV-2 que se caracterizam por apresentar um curso crônico de doença, longo período de latência clínica e replicação viral persistente (TAVARES, 2007). Desde o início da descrição da AIDS, observou sua característica de promover uma depleção profunda na imunidade celular. Inicialmente, foi observado que os pacientes evoluíam para óbito pelas, assim chamadas infecções oportunistas e por neoplasias raras, que foram denominadas subsequentes em neoplasias oportunistas. Quando o diagnóstico das doenças começou a ser realizado de forma mais precoce, após as descobertas de testes sorológicos, verificou-se que a queda da imunidade celular, observada pela quantificação dos linfócitos TCD4+, ocorria de forma progressiva. Sendo que essa progressão provocava uma depleção do sistema imunológico levando ao óbito. Em busca do entendimento do que determinava esse ritmo da progressão da doença, ficou determinado que o fator que mais se correlacionava com a diminuição dos linfócitos era o nível de replicação do HIV, ou seja, a carga viral (SALOMÃO, 2017).

Posteriormente descobriu-se que a ativação dos linfócitos TCD4+ e TCD8+ estava elevada também na infecção pelo HIV em seres humanos, isso denota indiretamente um processo inflamatório que promove morte celular programada ou apoptose. A inflamação crônica promovida pelo HIV leva, de maneira geral, a deterioração de diversos órgãos e tecidos do organismo. Essa deterioração ocorre de forma acelerada no sistema nervoso central levando a alterações cognitivas e depressão, promove também degeneração do sistema cardiovascular, osteopenia com fraturas patológicas, deterioração da função renal e hepática, bem como com a insuficiência endócrina múltipla. Mesmos nos pacientes com níveis de carga viral controlada esses fenômenos ocorrem com maior frequência em pacientes infectados pelo HIV, quando comparados com a população soronegativa (SALOMÃO, 2017).

De acordo com Soares (2015) a propagação do vírus do HIV, surgiu atrelado a mudanças no comportamento, bem como dos valores da sociedade, sendo absorvido a forte associação ao homossexualismo, prostituição, pejorativamente denominada no início da epidemia de “peste gay”. O diagnóstico de HIV/AIDS está atrelado a um estigma muito forte ao longo de toda epidemia, a doença desperta questões psicológicas envolvendo profunda crise existencial, sentimentos como medo da morte, a culpa, perda, pesar, negação, desencadeando angústia, quadros depressivos. Muitos pacientes renunciam ao convívio social e não se declaram portador de HIV/AIDS, temendo o preconceito e o estigma.

2.1 Contextualização histórica do HIV/AIDS

A AIDS começou a se expandir nos Estados Unidos da América em 1982, no Brasil alguns médicos buscavam identificar a doença entre seus pacientes. Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015) apontam que a doença que atingia principalmente homens homossexuais jovens estava sendo divulgada amplamente pela imprensa internacional e iniciava de forma ainda tímida pela imprensa brasileira. Em 5 de junho de 1981, no boletim *Morbidity and Mortality Weekly Report*, dos centros de controles de doenças (CDC) dos EUA, foi feita a primeira comunicação oficial dos casos de imunodeficiências em homens homossexuais. O alerta foi dado pelo médico Michael Gottlieb, Joel Weisman e Wayne Shandera que investigaram cinco pacientes em três hospitais de Los Angeles. Observou-se a ação combinada do citomegalovírus e do vírus de Epstein-Barr, causador da mononucleose (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 28 - 29).

Observou-se também que desde 1980, na cidade de Nova York, apareciam casos de pneumonia pelo *pneumocystis jirovecii*, em homossexuais com imunodepressão. Em abril de 1991, 14 casos tinham sido diagnosticados em diferentes hospitais de Nova York. O CDC de Atlanta alertou para uma epidemia, quando se observou aumento do uso de pentamidina, medicamento que era usado para casos resistentes de pneumocistose. No comunicado de junho de 1981, Michael Gottlieb e seus colaboradores, declararam o que deveria ser *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), afirmando que todas as observações sugeriam a possibilidade de uma disfunção da imunidade celular ligada à exposição a um fator comum que predispõem os indivíduos a infecções oportunistas, como pneumocistose e candidíase (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 30).

O isolamento viral foi realizado em janeiro de 1993 pela equipe do instituto Pasteur de Paris, ressaltando que entre 1976 e 1980, a ciência viria a aprimorar e desenvolver condições técnicas para isolamento e identificação do agente etiológico da AIDS. Entre 1978 e 1979 Robert Gallo liderava uma equipe que isolou o primeiro retrovírus denominado Human T-Cell Lymphoma Virus (HTLV). A equipe de Gallo demonstrou em tecidos de dois pacientes de AIDS, que o genoma linfocitário comportava fragmentos do provírus do HTLV, mas não tinham comprovação do papel do vírus na síndrome (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 32).

Os esforços para a identificação do agente etiológico da AIDS se concentraram inicialmente em agentes tais como o citomegalovírus e o vírus Epstein-Barr, mas

subsequentemente dirigiram-se para os retrovírus, tendo em vista que o então recém- descoberto HTLV, vírus causador da leucemia humana de células T, também infectava linfócitos T (OLIVEIRA, 2006).

Em 1983, Barré-Sinoussi e colaboradores (grupo de pesquisadores da França) demonstraram atividade de transcriptase reversa (DNA polimerase dependente de RNA) em sobrenadantes de culturas de linfócitos do sangue periférico de um paciente com linfadenopatia. Nos EUA, em 1984 Gallo e colaboradores demonstraram que uma linhagem de células T humanas era capaz de propagar o HIV, o que possibilitou grande avanço no isolamento e na identificação de partículas virais a partir do sangue de portadores de AIDS. Inicialmente, o vírus recebeu várias denominações (OLIVEIRA, 2006).

O grupo do Dr. Luc Montagnier do Instituto Pasteur da França, o denominou de Vírus Associado à Linfadenopatia (LAV - *Lymphadenopathy-associated virus*); pesquisadores ligados ao grupo do Dr. Robert Gallo o denominaram Vírus T-Linfotrópico Humano do tipo III (HTLV-III - *Human T-lymphotropic virus type III*) e o grupo do Dr. Jay Levy o denominou Retrovírus Associado à AIDS (ARV - *AIDS-Associated Retrovirus*) (Levy et al., 1984). Em 1986 foi proposta uma nomenclatura unificada para os vírus causadores de imunodeficiência humana e esse agente passou a ser denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV - *Human Immunodeficiency Virus*). Ainda em 1986, um segundo vírus causador de imunodeficiência em humanos, também associado a AIDS, foi descrito em países do Oeste da África. Esse novo vírus foi denominado HIV-2 e o primeiro foi subsequentemente renomeado, passando a ser chamado de HIV-1 (OLIVEIRA 2006). Nessa trajetória, em março de 1987, norte-americanos e franceses assinaram uma declaração conjunta, pela paternidade da descoberta do vírus da AIDS, sendo incluído o nome de Luc Montagnier à descoberta (TEODORESCU, 2015, p. 33).

No período de outubro de 1980 a maio de 1981, 5 homens jovens, todos homossexuais ativos, foram tratados para pneumonia por *Pneumocystis carinii*, sendo confirmada por biópsia em 3 hospitais diferentes na cidade de Los Angeles, Califórnia. Dois dos pacientes morreram. Todos os 5 pacientes tiveram infecção por citomegalovírus (CMV) anterior ou atual confirmada em laboratório e infecção da mucosa por cândida (CDC, 1991).

Em 13 de junho de 1984, o CDC, informa que as evidências implicam um retrovírus como agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Dois protótipos isolados foram descritos. Um deles foi isolado das células linfonodais de um homem homossexual com linfadenopatia generalizada inexplicável, uma síndrome associada à AIDS,

e foi denominado vírus associado à linfadenopatia (LAV). Um retrovírus T-linfotrópico T morfologicamente semelhante (HTLV-III) foi isolado de linfócitos de 26 (36%) de 72 pacientes com AIDS e de 18 (86%) de 21 pacientes com condições que se acredita estarem relacionadas à AIDS. O isolamento de retrovírus antigenicamente idêntico ao LAV de um par de doadores e receptores de sangue, cada um dos quais desenvolveu AIDS, fornece evidências adicionais de que esse vírus é o agente etiológico da AIDS e pode ser transmitido por transfusão de sangue (CDC, 1984).

As formas de transmissão da AIDS ficaram evidentes antes da identificação de seu agente etiológico, o HIV. Sendo realizada através de investigação epidemiológica, que concentrou situações/condições de risco para a aquisição e transmissão do HIV foi associada aos comportamentos e práticas dos subgrupos populacionais inicialmente afetados, sendo caracterizados como grupos de risco. A construção deste conceito de grupos de risco de AIDS colaborou para o aumento da discriminação contra homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas e propiciou o surgimento de um pesado estigma para os portadores da AIDS, além de ter contribuído para o mau entendimento dos riscos de transmissão, ao sugerir que outros grupos populacionais não se encontrariam sob risco (VERONESE-FOCACCIA, 2015).

Segundo Marques (2002), entre 1983 a 1986: a AIDS/HIV torna-se uma realidade brasileira, com o reconhecimento da AIDS pelo público e aumento de casos da infecção em diferentes estados brasileiros. Nesse período tem início a instalação das primeiras respostas oficiais à AIDS nos estados, tendo como exemplo pioneiro o Programa Estadual de São Paulo e o reconhecimento oficial da AIDS, pelo governo brasileiro, como um problema de saúde pública. No entanto, sem articular uma resposta nacional consistente frente à epidemia, promovendo articulação das forças sociais e políticas para pressionar o Estado e participar na construção de políticas à AIDS/HIV.

Em 1983, dez casos surgiram: quatro casos notificados à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e seis outros noticiados pela imprensa, mas não oficialmente comunicados. O sistema formal de vigilância epidemiológica em relação à AIDS em âmbito nacional iniciou suas atividades em agosto de 1985. Até janeiro de 1986, ou seja, apenas cinco meses depois, já eram registrados 1.012 casos em vinte estados. Esses dados apresentavam a realidade do rápido crescimento da epidemia no Brasil (MARQUES, 2002).

Em 1997, Galvão Castro e colaboradores publicaram um artigo sobre o isolamento e caracterização antigênica do vírus da imunodeficiência humana no Brasil. Segundo o artigo referia que até o momento não havia evidências do isolamento do HIV no Brasil, entretanto

evidências sorológicas sugeriam fortemente a presença de pelo menos HIV-1 e HIV-2. O isolamento do vírus do HIV no Brasil é importante a fim de estabelecer o grau de homologia antigênica e genômica entre as cepas deste e de outros países.

No Brasil, desde o início da epidemia, a vigilância epidemiológica da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) e centrada na notificação universal dos casos de AIDS nas fases mais avançadas da infecção. Em 22 de dezembro de 1986, por meio da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória junto com a sífilis congênita. As definições de caso e a revisão de seus critérios buscaram adequação a realidade epidemiológica brasileira e aos avanços técnicos, científicos e organizacionais do Sistema Único de saúde (SUS) (VERONESE-FOCACCIA, 2015).

Em 1988, foi criado o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, com a finalidade de desenvolver ações de combate à doença, e cujo contexto histórico está situado no final do primeiro governo democrático e civil após o regime militar (MONTEIRO; VILELA, 2009). Nesse caso, apresentamos a questão da multifatorialidade da AIDS, no entanto, acompanhada de uma questão fortemente política, quando a ignorância acerca da doença não só atuou de maneira discriminatória como separou um grupo de risco bastante delineado composto, sobretudo, por ricos e homossexuais. Assim, os avanços nesse campo mudaram os parâmetros e ajudaram a traçar novas estratégias. Nesse contexto:

Acompanhando os acontecimentos ano a ano é possível perceber que, nesta curta e intensa trajetória da pandemia de HIV/AIDS, passamos da noção de uma doença que afetava a poucos, para um problema de segurança global. Ainda estamos superando, depois de muita luta, o entendimento da AIDS como uma doença de ricos para uma doença relacionada, cada vez mais, à pobreza. Ao mesmo tempo, os novos medicamentos trouxeram esperança fazendo com que a infecção pelo HIV tivesse, senão a cura, pelo menos os seus efeitos atenuados, melhorando a qualidade de vida, e aumentando a sobrevivência, dos que têm acesso ao tratamento. Mas, apesar das aparentes vitórias e das histórias de sucesso de respostas locais, o mundo está sendo confrontado com a falta de iniciativas que consigam socializar os benefícios das estratégias bem-sucedidas, seja no campo da prevenção ou em tratamento e assistência (GALVÃO, 2002, p. 8).

No caso, a transição de sentença de morte para uma cronicidade vai trazer também maior expectativa. A fala da autora contextualiza um período político inicial que vai mitigar, em parte os anseios dos pacientes e os profissionais de Saúde, no entanto, mais recentemente, por meio

da Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014, o Ministério da Saúde incluiu a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, mantendo a notificação dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, infecção pelo HIV em gestantes, parturientes ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical, em que a mãe infectada transmite o vírus para o filho, pelo HIV. Essa inclusão possibilitaria ao país conhecer o perfil da epidemia atual, considerando que a doença tem uma progressão demorada, podendo-se traçar medidas de controle apropriadas. (VERONESI-FOCACCIA, 2015, p.173)

No contexto da nossa realidade no estado da Paraíba destacamos em 1997 a criação do programa estadual de DST/AIDS, nesse período os pacientes eram encaminhados ao Complexo Hospitalar de doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, em João Pessoa, sendo a referência para pacientes com HIV/AIDS. Em 2020, segundo os dados do Ministério da Saúde, a Paraíba conta com cerca de 20 instituições de caráter municipal, estadual e organizações da sociedade civil, com apoio de redes nacionais e recursos federais, como os Serviço de Assistência Especializada (SAE), por exemplo.

À medida que a AIDS avança, as pesquisas continuam em todo o mundo, o surgimento da Terapia Antirretroviral, também chamados de “coquetéis”, promoveram um impacto fundamental no prognóstico e na evolução dos pacientes vivendo com HIV/AIDS. Segundo Mario Schechter (1986), em seu livro *Coquetel: a incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da AIDS no Brasil*, lançado em dezembro pelas editoras Hucitec e Sobravime, o surgimento do AZT (Zidovudina) mudou o paradigma do diagnóstico da AIDS, que deixa de ser uma sentença de morte e vai se tornar uma doença tratável em busca de controle. Em 1987, a Food and Drug Administration (FDA) aprovou o uso da zidovudina (AZT) para tratamento da AIDS. Foi o primeiro antirretroviral a demonstrar efeitos positivos contra a doença trazendo um diagnóstico de doença cr (TEDORESCU, 2003).

A evolução tecnológica da indústria farmacêutica promoveu o surgimento de novas classes de medicamentos antirretrovirais com drogas com menos efeitos colaterais, boa tolerabilidade pelo paciente e esquemas terapêuticos com menos comprimidos, facilitando assim a adesão dos pacientes. Verificamos, portanto uma mudança do panorama da epidemia da AIDS após TARV (Terapia antirretroviral). Nesse sentido, concordamos que após a introdução da terapia antirretroviral ou HAART (*highly active antiretroviral therapy*), a AIDS adquiriu o status de doença crônica, que sendo manejada e tratada de maneira correta, vai mitigar parte do sofrimento de um adoecimento que sentenciava morte. Assim, houve o

aumento da sobrevivência dos pacientes com HIV/AIDS (PVHA). Além do mais, estudos recentes evidenciaram que o tratamento a partir dos coquetéis antiretrovirais, não só é eficaz para o controle da doença e melhoria da qualidade de vida, mas também para a diminuição da transmissão do vírus (BRASIL, 2013).

Segundo Rachid (2017), a disponibilidade de medicamentos antirretrovirais mais eficazes e mais bem tolerados se associou à diminuição das taxas de óbitos atribuíveis à infecção pelo HIV, além de dramáticas alterações nas causas de morbimortalidade nas populações com acesso ao tratamento pela reversão parcial da imunodeficiência e também do estado pró-inflamatório associado à viremia crônica, mesmo nos casos em que o início do tratamento ocorre em fases avançadas da infecção pelo HIV. Houve, portanto, uma modificação nas expectativas dos pacientes e dos profissionais de saúde, com a mudança do prognóstico da doença, refletindo agora um caráter crônico da infecção.

Se o crescimento do controle da doença é um aspecto positivo de sensível teor, o ideal de erradicação ainda não aponta sinais de acontecimento. Nesse caso, Rachid (2017, p. 29) observa que “se de um lado observamos progressos em relação ao controle do vírus do HIV, através de medicamentos, ainda estamos em busca da erradicação da infecção e nos deparamos com as frequentes falhas virológicas das terapias atuais”. Entretanto surgiram outras preocupações relevantes, como os efeitos colaterais em longo prazo dos antirretrovirais, a atuação do vírus no sistema imunológico promovendo fator de risco para aparecimento de doenças cardiovasculares, diabetes entre outras.

2.2 A epidemiologia no Brasil e no mundo

No Brasil, no início dos anos 80, a epidemia se concentrava entre indivíduos homossexuais e bissexuais masculinos, brancos de classe média ou alta, residentes em grandes metrópoles. Nessa evolução foram atingidos heterossexuais, mulheres e crianças, de todas as classes sociais. No entanto, são escassos os dados da incidência e a prevalência da infecção pelo HIV no país, uma vez que as notificações ao Ministério da Saúde se referem aos casos de AIDS com CD4 abaixo de 350 células, não sendo notificados os casos de pacientes assintomáticos com infecção pelo HIV (RACHID, 2017). Os casos vão se avolumando e trazendo à tona a discussão, dentre outras coisas, a partir do olhar da epidemiologia. Assim:

No final de 2012 houve uma discussão a respeito da mudança na estratégia de vigilância epidemiológica no Brasil, sendo reunidos vários especialistas em epidemiologia, convocados pelo departamento de DST, AIDS e hepatites

virais. Essa nova estratégia discutia a inclusão da notificação do HIV como abordagem longitudinal (RACHID, 2017, p. 07)

Nesse lugar outros cuidados foram somados e protocolos apreciados. Portanto, a partir da publicação da Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014, o Ministério da Saúde atualiza a lista completa de agravos de notificação compulsória e a notificação de casos de infecção pelo HIV se tornou obrigatória. A obrigatoriedade era restrita aos casos de infecção em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus, ou, para os outros casos, após a confirmação do diagnóstico. A notificação da infecção pelo HIV segue os mesmos critérios de sigilo definidos na Lei de Acesso à Informação (12.527/2011).

O Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), publicado anualmente, apresenta informações sobre os casos de HIV e de AIDS no Brasil, regiões, estados e capitais, de acordo com as informações obtidas pelos sistemas de informação usados para a sua elaboração. As fontes utilizadas para a obtenção dos dados são: (1) as notificações compulsórias dos casos de HIV e de AIDS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), (2) os óbitos notificados com causa básica por HIV/AIDS (CID10: B20 a B24) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), (3) os registros do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e (4) os registros do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) (BRASIL, 2018).

De 2007 até junho de 2018, foram notificados no SINAN 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 117.415 (47,4%) na região Sudeste, 50.890 (20,5%) na região Sul, 42.215 (17,0%) na região Nordeste, 19.781 (8,0%) na região Norte e 17.494 (7,1%) na região Centro-Oeste. No ano de 2017, foram notificados 42.420 casos de infecção pelo HIV, sendo 4.306 (10,2%) casos na região Norte, 9.706 (22,9%) casos na região Nordeste, 16.859 (39,7%) na região Sudeste, 8.064 (19,0%) na região Sul e 3.485 (8,2%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2018).

Os casos de infecção pelo HIV no período de 2007 a junho de 2018, foram notificados no SINAN um total de 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2017, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres (BRASIL, 2018).

De 1980 a junho de 2018, foram identificados 926.742 casos de AIDS no Brasil. O país tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos de AIDS nos últimos cinco anos. O número anual de casos de AIDS vem diminuindo desde 2013, quando atingiu 43.269 casos;

em 2017 foram registrados 37.791 casos. A distribuição proporcional dos casos de AIDS, identificados de 1980 até junho de 2018, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 51,8% e 20,0% do total de casos; as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 15,8%, 6,4% e 6,1% do total dos casos, respectivamente. Nos últimos cinco anos (2013 a 2017), a região Norte apresentou uma média de 4,4 mil casos ao ano; o Nordeste, 9,0 mil; o Sudeste, 16,1 mil; o Sul, 8,2 mil; e o Centro-Oeste, 2,9 mil (BRASIL, 2018).

A taxa de detecção de AIDS vem caindo no Brasil nos últimos anos. De 2013 para 2014, a taxa caiu 3,5%; de 2014 para 2015, a redução foi de 4,3%; de 2015 para 2016, de 4,6%; e de 2016 para 2017 a queda foi de 3,4%. Em um período de dez anos, a taxa de detecção apresentou queda de 9,4%: em 2007, foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes e, em 2017, de 18,3 casos a cada 100 mil habitantes. As regiões Sudeste e Sul apresentaram tendência de queda nos últimos dez anos; em 2007, as taxas de detecção dessas regiões foram de 22,0 e 32,9, passando para 17,1 e 24,1 casos por 100 mil habitantes em 2017: queda de 22,2% e 26,7%, respectivamente. As regiões Norte e Nordeste apresentaram tendência de crescimento na detecção: em 2007 as taxas registradas dessas regiões foram de 16,4 (Norte) e 12,7 (Nordeste) casos por 100 mil habitantes, enquanto em 2017 foram de 23,6 (Norte) e 15,7 (Nordeste), representando aumentos de 44,2% (Norte) e 24,1% (Nordeste).

A preocupação com o avanço da epidemia de HIV/AIDS no mundo e a necessidade de uma resposta global à questão resultaram na criação em 1996 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), que é co-patrocinado por dez agências do sistema das Nações Unidas. A missão global da UNAIDS é liderar, fortalecer e apoiar uma ampla resposta à epidemia de HIV/AIDS, a fim de: evitar o avanço do HIV; oferecer tratamento e assistência às pessoas infectadas e afetadas pela doença; reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos e das comunidades ao HIV/AIDS e reduzir os impactos socioeconômicos e humanos da epidemia, dentre outras questões importantes.

Segundo a UNAIDS, os dados estatísticos com relação a epidemia no mundo em 2018 demonstraram 37,9 milhões [32,7 milhões—44,0 milhões] de pessoas em todo o mundo vivendo com HIV, sendo 23,3 milhões [20,5 milhões—24,3 milhões] de pessoas com acesso à terapia antirretroviral, 1,7 milhão [1,4 milhão—2,3 milhões] de novas infecções por HIV e 770 000 [570 000—1,1 milhão] de pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS. Observou-se que 74,9 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia e 32

milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS desde o início da epidemia (UNAIDS, 2019).

Em 2018, havia 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo 36,2 milhões de adultos, 1,7 milhões de crianças (menos de 15 anos) e 79% [67–92%] de todas as pessoas vivendo com HIV conheciam seu estado sorológico positivo para HIV. Cerca de 8,1 milhões de pessoas não sabiam que estavam vivendo com HIV. Em 2018 verificou-se que 23,3 milhões de pessoas vivendo com HIV tinham acesso à terapia antirretroviral, mais do que 7,7 milhões em 2010. Observou-se que 62% de todas as pessoas vivendo com HIV tiveram acesso ao tratamento, sendo que 62% [47–75%] dos adultos com 15 ou mais anos vivendo com HIV, 54% [37–73%] das crianças de 0 a 14 anos e 68% [52–82%] das mulheres com 15 ou mais anos. Entretanto, apenas 55% [41–68%] dos homens com 15 ou mais anos tinham acesso e 82% [62–>95%] das mulheres grávidas vivendo com HIV tinham acesso a medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão do HIV para seus bebês em 2018. (UNAIDS, 2019)

As novas infecções por HIV foram reduzidas em 40% desde o pico em 1997. Em 2018, cerca de 1,7 milhão [1,4 milhão—2,3 milhões] de novas infecções por HIV, em comparação com 2,9 milhões [2,3 milhões—3,8 milhões] em 1997. Desde 2010, as novas infecções por HIV diminuíram cerca de 16%, de 2,1 milhões [1,6 milhão—2,7 milhões] para 1,7 milhões em 2018. Desde 2010, novas infecções por HIV entre crianças diminuíram em 41%, de 280 000 em 2010 para 160 000 em 2018. Nesse sentido, os números de mortes relacionadas à AIDS foram reduzidos em mais de 55% desde o pico em 2004. Em 2018, cerca de 770 000 de pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS em todo o mundo, em comparação com 1,7 milhões em 2004 e 1,2 milhão [860 000—1,6 milhão] em 2010. A mortalidade relacionada à AIDS diminuiu 33% desde 2010 (UNAIDS, 2019).

De acordo com Silva (2019), 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. Os notificados no ano de 2018 corresponderam a 204 casos de HIV, sendo que no ano de 2019 até 14/11/2019 foram notificados 287 casos de pacientes com HIV (CHCF, 2019; SILVA, 2019).

Com relação aos casos de AIDS notificados no SINAN em 2017 foram observados 558 casos no estado da Paraíba, havendo um decréscimo em 2018 para 211 casos, os casos de HIV notificados no período de 2017 foram 558 casos, com redução em 2018 para 226 casos. Foram notificados no período de 2007 a 2018 1.737 casos de HIV, no estado (BRASIL, 2018).

2.3 A vida além da doença: qualidade de vida em pacientes vivendo com HIV/AIDS

A AIDS apesar de ser considerada doença crônica com melhora na expectativa de vida, ainda carrega um forte estigma para seus portadores. Avanços terapêuticos no campo da AIDS propiciaram a redução da morbimortalidade, a cronicidade e a melhoria da qualidade de vida. Isso alterou a realidade dos pacientes vivendo com HIV/AIDS e trouxe novos desafios para o seu enfrentamento.

A promulgação da Lei n 9.313/1996, de 13 de novembro de 1996, que tornou obrigatória a distribuição de medicamentos anti-HIV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) promovendo um novo cenário para os pacientes vivendo com HIV/AIDS (BRASIL, 1996). Acerca do surgimento de medicamentos com posologias mais cômodas e menos efeitos adversos, levando um aumento progressivo nas taxas de resposta terapêutica. Pelo menos 80% dos pacientes, com os esquemas antirretrovirais modernos, apresentam carga viral indetectável para o vírus do HIV (CV-HIV inferior a 50cópias/ml), após um ano de tratamento e a maioria mantém a supressão viral nos anos seguintes. Para a minoria que apresenta falha ao tratamento inicial, novas estratégias e novos medicamentos para instituição de uma terapia de resgate têm sido testados com resultados de eficácia e durabilidade igualmente animadores, como apontam os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT ADULTO) em 2018.

Se de um lado a ciência avança em pesquisa com intuito de se obter o controle virológico, por outro lado o estigma ainda está presente na face da doença. O impacto da infecção pelo HIV pode gerar mudanças em diversos aspectos da vida dos indivíduos. Enfrentar esse problema, associado às dificuldades que a condição sorológica impõe em relação à qualidade de vida, tem sido um dos desafios enfrentados pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS. Situação de dificuldade como essa também é enfrentada pelo idoso que vive com uma doença estigmatizada, sem cura e que exige suportes social, familiar e profissional para ser enfrentada e vivida (ANDRADE et al, 2010).

Receber um diagnóstico de HIV pode ser uma experiência de mudança de vida que resulta em consequências psicossociais significativas, como interrupções na trajetória e

objetivos de uma vida, senso de si, relacionamentos com os outros e participação em atividades sociais e ocupacionais. Macapagal et al (2012) vão chamar a atenção para o fato de para muitos, a adaptação a essas mudanças pode ser extremamente desafiadora, mas pouco se sabe sobre os processos que influenciam o quão bem ou mal os indivíduos são capazes de recuperar a capacidade de funcionar nessas áreas. Na fala da OMS (2001) é apontado que as pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) enfrentam um conjunto de problemas específicos. As pessoas são reticentes a falar de seu estado de infectado, o qual contribui para aumentar seus sentimentos de isolamento.

Segundo Possebon (2017), as emoções desempenham um papel central nas nossas vidas, especialmente por serem estruturantes no desenvolvimento de uma pessoa. São influenciadoras da personalidade, estão nos comportamentos, têm impactos na nossa saúde. Qualquer que seja a situação, todas elas mostram a necessidade de se ter uma resposta reguladora do ponto de vista emocional entre a avaliação e a reação. Nesses pacientes observamos um grande conflito de emoções, seja através do medo do preconceito, do sentimento de rejeição, da incerteza do seu futuro.

No caso do medo e medo da rejeição, Botti (2009) aborda que ainda existe um medo entre os pacientes e seus familiares de exporem seu diagnóstico, que apesar dos avanços viver com HIV/AIDS promove sentimentos conflitantes. Esse medo é inerente ao enfrentamento do novo, do diferente, daquilo que não é mensurável. Com o passar do tempo, os sentimentos de medo, ansiedade ou tristeza são substituídos pelo aprendizado de vida decorrente da troca de experiências com outras pessoas. O preconceito, o estigma, o julgamento social e a autoestima, atuam como questões chave desse processo de aprendizagem. Cerca de 30 a 50% dos pacientes infectados com o HIV apresentam algum transtorno psiquiátrico ou estresse emocional, sendo também o número de pacientes suicidas elevado nessa população. Fica claro, portanto, que, no caso do portador do HIV, um bom gerenciamento do estresse é de fundamental importância (ULLA; REMOR, 2002).

Os pacientes que vivem com HIV/AIDS têm maior fragilidade em relação às condições de saúde e bem-estar, para auxílio na melhoria de sua qualidade de vida (QV), muitos têm buscado as terapias complementares (TC), essas que não substituem a terapia antirretroviral (TARV), mas amenizam seus efeitos e proporcionam melhor condição de vida e equilíbrio para o enfrentamento cotidiano (NETO et al., 2010). Nesse entendimento, atualmente os conceitos mais aceitos de qualidade de vida buscam dar conta de uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. O principal exemplo que pode ser

citado é o conceito preconizado pela OMS (1998), no qual qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas.

Segundo Minayo et al (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que se aproxima ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Podemos obter vários significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Apesar dos obstáculos para o enfrentamento da doença, é notório que os avanços em relação aos cuidados de saúde para pessoas vivendo com HIV/AIDS promoveram um impacto direto no prognóstico e na expectativa de vida. Em um estudo analisando dados de 18 coortes europeias e norte-americanas de HIV, com pacientes (idade ≥ 16 anos) que iniciaram a TARV com três ou mais medicamentos entre 1996 e 2010, com pelo menos três anos de acompanhamento em potencial, observou que, entre 1996 e 2010, a expectativa de vida em pacientes de 20 anos que iniciaram TARV aumentou cerca de 9 anos em mulheres e 10 anos em homens. Mesmo no final da era da TARV, a sobrevivência durante os primeiros 3 anos da TARV continua a melhorar, isso se deve a utilização de medicamentos antirretrovirais menos tóxicos, maior adesão, medidas profiláticas e controle das comorbidades (THE LANCET- HIV, 2017)

No Brasil um estudo realizado por especialistas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, do Centro de Referência e Tratamento de DST AIDS de SP, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP, com apoio de pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da USP, com 112.103 pacientes adultos e 2.616 crianças de todo o país, entre 2003 e 2007, mostrou que 70% dos adultos e 87% das crianças diagnosticadas entre 2003 e 2007 tiveram sobrevida superior a 12 anos. O último estudo a analisar a sobrevida desses pacientes no país foi realizado em 1999 e apontava para cerca de nove anos (108 meses). Em 1996, antes de o Ministério da Saúde ofertar o tratamento universal aos pacientes com AIDS, a sobrevida era estimada em cerca de cinco anos (58 meses) (BRASIL, 2019). Os avanços das políticas públicas e o acesso a medicamentos de forma gratuita pelo SUS contribuíram de forma

impactante na melhoria da expectativa e qualidade de vida destes pacientes que passam a viver com uma doença de curso crônico na esperança e anseio da sua cura.

2.4 Vivendo com HIV/AIDS – Estratégias de enfrentamento

É possível identificar a mudança de enfoque nos estudos sobre enfrentamento em HIV/AIDS, desde o período em que a enfermidade não tinha tratamento eficaz e possuía índices elevados de letalidade, até à segunda metade dos anos 1990, quando a terapia antirretroviral combinada foi disponibilizada. Pode ser vista uma mudança de paradigma que redirecionou o foco dos estudos, a princípio excessivamente voltados para a incidência de transtornos mentais em pessoas soropositivas, quando começou a se deslocar para a identificação dos fatores que favorecem o crescimento psicológico, o ajustamento à condição de enfermidade crônica, o enfrentamento diante da disponibilidade de tratamento e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (SEIDL, 2005).

Um dos principais desafios psicossociais que os pacientes vivendo com HIV/AIDS enfrentam, desde o surgimento dos primeiros casos até os dias atuais em 2020, são a discriminação, o estigma e os desafios de relacionamento amoroso com a divulgação da condição de viver com a AIDS. O medo de ter seu diagnóstico revelado pode levá-los ao isolamento familiar e de amigos, o que intensifica o sofrimento emocional, refletindo na capacidade de aderir à medicação e buscar apoio social (SILVA, 2018).

Em um estudo realizado em Uganda com adolescente portadores de HIV, as estratégias de enfrentamento incluíram adesão à medicação, ocultação ou divulgação limitada do estado de HIV, otimismo de tratamento, apoio social, racionalização, comparação social, espiritualidade/, evitação e distração. Nesses casos também se apresentaram diferenças de idade e gênero que diferenciavam as estratégias de enfrentamento. Assim, “[...] os participantes mais jovens geralmente careciam de estratégias específicas de enfrentamento; em comparação com o sexo feminino, os adolescentes do sexo masculino relataram maior uso de técnicas de evitação / distração” (MUTUMBA et al, 2015, p. 91).

Atualmente, em decorrência do medo de sofrer com o estigma e a discriminação, muitas pessoas que vivem com HIV/AIDS enfrentam dificuldades para decidir revelar sua situação sorológica ou de saúde para pessoas próximas como parceiras (os), filhas (os) ou amigas (os) (UNAIDS, 2019). Assim, boa parte busca na religiosidade o conforto e alívio das tensões advindas do diagnóstico para o enfrentamento da doença. É na figura divina que o portador

encontra forças para superar a doença que não consegue desafiar por si mesmo. A religião também é utilizada como estratégia para compreender o motivo da infecção e apresenta expectativa para a cura ainda não possível no plano humano. Dessa forma, o indivíduo HIV positivo encontra razão e força para superar a doença, até que "um possível milagre" aconteça em sua vida (GALVÃO, 2011, p. 1024).

A ajuda de familiares próximos representa também razão que fortalece e motiva as mulheres portadoras do vírus para o acompanhamento e tratamento da doença. Isto decorre, sobretudo, da necessidade de ter alguém confiável para cuidar dos filhos na sua ausência durante consultas ou internações. A rede social de apoio do HIV positivo é importante para ele não se sentir sozinho no enfrentamento de uma doença com as peculiaridades do HIV, marcada por preconceito, abandono e pela finitude da vida. Como observado, o suporte da família e amigos faz o portador do HIV conviver com a infecção com mais coragem e continuar sua vida portando uma doença crônica que exige cuidados como qualquer outra (GALVÃO, 2011).

O segredo sobre o HIV pode ter impacto negativo na adesão, na medida em que a pessoa receia que terceiros desconfiem de sua soropositividade ao descobrirem que usa determinados remédios, por exemplo. Assim, esconder o diagnóstico pode significar deixar de fazer muitas coisas do próprio tratamento, como: ir às consultas, fazer exames, pegar os medicamentos e tomá-los nos horários e doses recomendados. Portanto, assumir a condição de pessoa vivendo com HIV/AIDS e compartilhar o diagnóstico com pessoas de confiança do convívio social e familiar, podem favorecer a adesão adequada e o autocuidado (BRASIL, 2018).

Várias são as respostas ou estratégias de enfrentamento pela qual uma pessoa pode lançar mão diante da descoberta ou durante o curso da infecção pelo HIV: a busca de informações para conhecer e aprender mais sobre a soropositividade; a procura por tratamento adequado; a revelação do diagnóstico para pessoa(s) de confiança, que podem ajudar e contribuir no processo de enfrentamento. Os modos de enfrentamento diante de uma situação nova – viver com uma enfermidade crônica – modificam-se, dependendo de fatores pessoais (características de personalidade, conhecimentos e crenças sobre a enfermidade e o tratamento, entre outros) e socioambientais (disponibilidade de apoio social, acesso a serviços de saúde e a recursos da comunidade etc.). Mudança de crenças sobre a enfermidade, a disponibilidade de apoio social e o melhor conhecimento sobre HIV/AIDS parecem favorecer a adoção de respostas de enfrentamento que propiciem a adesão ao tratamento (BRASIL, 2018).

3 CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES: ESPIRITUALIDADE E AS PICS

Existe cada vez mais uma relação entre saúde e espiritualidade, sendo identificada pelos próprios profissionais das diversas áreas em saúde. A espiritualidade pode surgir, como sentimento de resiliência que favorece a aceitação da doença, o empenho no restabelecimento, a não evitação de sentimentos dolorosos, o contato e o aproveitamento da ajuda das outras pessoas e até a própria reabilitação. Marques (2003) ressalta que a espiritualidade pode atuar nos processos de prevenção de doenças, manutenção da saúde ou de reabilitação e cura.

Segundo Koenig (2005) durante o século XX mais de 1200 estudos examinaram a relação entre saúde e religião, porém esses estudos apresentavam metodologias não muito consistentes. Alguns estudos sugerem a relação entre o envolvimento religioso e a mudanças no sistema imunológico. Em um estudo realizado por Woods et al (1999), com 106 homens gays soropositivos, sintomáticos para o HIV, o comportamento religioso foi significativamente associado a maior contagem de células T-CD4, bem como pontuações mais baixas no inventário de depressão de Beck.

Para Koenig (2005), ser espiritual é uma parte inerente de muitas pessoas, sendo componente da formação de suas identidades como seres humanos dando propósito e sentido à vida. A religião é utilizada para o enfrentamento de certas circunstâncias difíceis da vida, principalmente em relação às doenças. Em seu livro, espiritualidade no cuidado do paciente é citado pelo autor a relação entre as emoções positivas e o apoio social associados à melhoria no sistema cardiovascular e imunológico. Partindo-se desta premissa o envolvimento religioso pode estar atrelado a melhoria da saúde física uma vez que proporciona melhora no bem-estar.

Segundo Grün e Dufner (2013), existem duas correntes na história da espiritualidade, uma que veria de baixo ou de nós mesmos e outra de cima iniciada pelos ideais que nós nos impomos. A espiritualidade de cima nasce do anseio do homem de procurar sempre ser o melhor e tentar chegar o mais próximo de Deus. Na espiritualidade de baixo, o homem buscar descobrir a imagem que Deus fez de si, permitindo-se enxergar seus defeitos e por meio da humildade estabelecer uma ligação única com Deus. A humildade é a coragem de aceitar a verdade sobre si mesmo. Para o autor o ideal é que haja o equilíbrio entre estas duas espiritualidades mantendo o homem entre seus ideais de perfeição e a realidade de sua condição humana que é a imperfeição.

Segundo Pelizzoli (2014), podemos entender a espiritualidade com prática do cultivo de si, corpo-mente, buscando as potencialidades humanas, que seriam sexualidade sadia,

socialidade sadia, bem-estar, ambiente sadio, saúde mental, autoconsciência e autonomia, objetivos e coragem para viver mesmo em tempos difíceis. Puchalski (2010) citado por Rodrigues (2015) menciona o significado de Espiritualidade e a relação que possui com a saúde, nesse contexto, assinala:

Espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde de muitas pessoas. O conceito de espiritualidade é encontrado em todas as culturas e sociedades, Ela é expressa nas buscas individuais para um sentido último através da participação na religião e ou na crença em Deus, família, naturalismo, racionalismo, humanismo e nas artes. Todos esses fatores podem influenciar na maneira como pacientes e os cuidadores profissionais de saúde recebem a saúde e a doença e como eles interagem uns com os outros (PUCHALSKI, 2010, p. 352-357).

Segundo Pereira (2015), existe uma ligação entre o conceito de saúde e bem-estar com a harmonização entre o componente psíquico, orgânico, sociocultural, ambiental e espiritual. Para Barros (2015), devemos levar em consideração que as práticas de cuidados com a vida e a saúde, são partes estratégicas na cultura contemporânea, na busca de estratégias que promovam medidas de promoção, recuperação, prevenção e expansão da vitalidade. Em 1978, a conferência da atenção primária em saúde de Alma Ata, que intitulava o tema “Saúde para todos no ano 2000”, teve como um dos seus objetivos incorporar as práticas de cuidado e cura da chamada medicina tradicional ou popular nos diferentes sistemas nacionais.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), inseriu o Brasil na vanguarda das práticas integrativas em sistemas universais de saúde. As experiências brasileiras citadas em relatórios da OMS, desde 1970 incentiva os países membros a programarem políticas na área das medicinas tradicionais e complementares (MTC). A PNPIC responde ao desejo da população, manifesto nas recomendações e diversas Conferências Nacionais de Saúde, desde 1986, e, igualmente, vem cumprir os objetivos primordiais da OMS e das Conferências Mundiais voltadas para medicina tradicional e complementar, quais sejam: a) promover a integração dessas práticas aos sistemas oficiais de saúde; b) desenvolver legislação/normatização para oferta de serviços e produtos de qualidade; c) propiciar o desenvolvimento dos conhecimentos na área; d) qualificar os profissionais envolvidos com práticas complementares (BRASIL, 2018).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), denominadas pela OMS como medicinas tradicionais e complementares, foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A PNPIC contempla

as diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849/2017, a saber: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, totalizando 19 práticas desde março de 2017. Essas práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde. (BRASIL, 2018).

Segundo Toniol (2018), a principal base de referência para que as terapias fossem introduzidas no SUS, foi oriundo da sociologia em especial o conceito de “racionalidades médicas” formulado pela socióloga Mendel Luz, na qual forneceu elementos chaves para elaboração e justificativa da PNPIC, afirmando que as práticas integrativas complementares (PICS) são verdadeiros sistemas médicos complexos, não se restringindo apenas a técnicas e procedimentos.

3.1 Conhecendo a Biodanza: um encontro consigo mesmo

Dentre as práticas integrativas complementares adentremos no foco do nosso estudo que está centrado na Biodanza, a dança da vida, que foi criada pelo chileno Rolando Toro Araneda, na década de 1970, nascendo a partir de suas experiências pessoais, buscou-se realizar fundamentação nas ciências, em particular na biologia. No Brasil, a partir da Portaria nº- 849, de 27 de março de 2017, Art. 1º Inclui na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, a Biodanza, juntamente com outras terapias como Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Conforme portaria ministerial a Biodanza é definida como:

É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. Configura-se como um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de integração psicofísica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde. É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como

músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Nesse sentido, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo; gerar processos adaptativos e integrativos; através da otimização da homeostase do organismo (BRASIL, 2017)

Na trajetória do seu idealizador, em 1970, foi criada a primeira disciplina de Psicodanza, matéria do curso universitário no Departamento de Estética da Pontifícia Universidade Católica do Chile, onde Rolando Toro ocupava a cátedra de Psicologia da expressão. Nos seus primeiros trabalhos com pacientes psiquiátricos, no Hospital de Santiago no Chile, com objetivos verificar diversas técnicas de desenvolvimento para humanização da medicina, Rolando Toro, iniciou uma pesquisa com dança. Observou que nesses pacientes certas músicas conduziam a um estado de transe.

Em 1971, Toro, viajou para Buenos Aires, onde intensificou os estudos sobre Psicodanza, definindo dois eixos de atuação: identidade-transe e diferenciação-integração. Em meados de 1978 foram definidos os primeiros conceitos de vivências e protovivências renomeando assim o termo Psicodanza para Biodanza com uma mudança da visão antropológica para uma visão biocêntrica do ser (TORO, 1991).

Para Toro (2002), o conceito de Biodanza é proveniente da meditação sobre a vida, propondo restaurar no ser humano o vínculo original com a espécie como totalidade biológica, e com o universo como totalidade cósmica. O autor afirma que a Biodanza é um sistema de integração humana, de renovação orgânica, reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Atua no sentido de induzir vivências integradoras através, do canto, da dança e do encontro em grupo. Cada indivíduo apresenta seu próprio modelo genético de respostas vitais, sendo um sistema aberto à comunidade sem distinção de sexo, raça, idade, estado de saúde, cultura, sem nenhuma forma de discriminação ou restrição.

A Biodanza é um sistema de integração afetiva, renovação orgânica e reaprendizagem das funções originárias de vida, que consiste em reestabelecer a unidade perdida entre percepção, motricidade, afetividade e funções viscerais. O núcleo integrador, segundo nossa abordagem, é a afetividade que influi sobre os centros reguladores límbico-hipotalâmicos. A renovação orgânica é o estabelecimento da harmonia homeostática, isto é, da ultra-estabilidade dinâmica do biosistema. A renovação orgânica é induzida principalmente através de estados especiais de transe, que ativam processos de renovação e regulação global das funções biológicas, diminuindo os fatores de desorganização (TORO, 1991, p. 2).

Toro definiu um modelo teórico para Biodanza, que permite uma melhor compreensão de sua atuação, sua aplicabilidade prática e a sua importância. A construção desse modelo iniciou-se a partir de pesquisas desenvolvidas em um Hospital Psiquiátrico, em Santiago, no Chile. Toro iniciou pesquisas com dança nesses pacientes e observou que determinadas músicas e movimentos conduziam ao estado de transe, aumentando a capacidade do senso de realidade, comunicação e redução das alucinações. Nesse experimento ele correlaciona identidade e transe. Posteriormente esse conceito de transe foi substituído por regressão. Assim: “Certos exercícios aumentavam o sentido de identidade e consciência corporal, enquanto outros levam a uma diminuição da percepção dos limites corporais e ao estado de transe” (TORO apud SANTOS, 2019).

Como toda amostra científica, o modelo teórico da Biodanza passou por transformação e aprimoramentos, porém Toro manteve a base de sua estrutura original. No momento atual esse modelo consegue demonstrar registros com exatidão como é montado um sistema que através da música, da cerimônia do encontro, dos movimentos, induzem a propagação de vivências capazes de integrar a identidade do indivíduo, através das 5 linhas de vivências dos potenciais genéticos. (PERALVA, 2005; TORO, 2002; SANTOS, 2019).

Pontuaremos de forma sucinta a nomenclatura do modelo teórico criado por Rolando Toro, para um melhor entendimento a respeito de sua aplicação. A filogênese: representa o contexto natural da espécie humana, do qual deriva a herança genética do indivíduo. O potencial genético: as potencialidades que são herdadas geneticamente pelo indivíduo, contidos nos cromossomos humanos e que podem se expressarem ao se depararem com ecofatores ou podem permanecer silenciosos ao longo da existência. As protovivências são as experiências dos recém-nascidos nos 6 primeiros meses de vida, sendo respostas aos estímulos internos e externos. As protovivências são as raízes das linhas de vivência. Linhas de Vivências elas expressam o potencial genético, estão dispostas em uma trama em espiral em torno do eixo vertical do modelo, estão ligadas a princípios da vida. São 5 linhas de vivências: vitalidade, afetividade, sexualidade, criatividade, transcendência. Realizaremos melhor descrição na abordagem a respeito das vivências na Biodanza. Os ecofatores são estímulos internos e externos, ou intra e extraorgânicos, são capazes de inibir ou favorecer a expressão genética. Os internos têm uma relação com a subjetividade como, por exemplo, sentimentos, sensações, os externos são estímulos do ambiente incluindo as relações interpessoais. A integração significa coerência e unidade entre as diferentes funções orgânicas e psíquicas.

Na Biodanza a integração se realiza através de estímulo a função primordial de conexão com a vida, integração consigo mesmo, com a espécie e com o cosmo. O *continuum* identidade-regressão representa a alternância natural do estado de consciência, situado no eixo horizontal do modelo. Nesse sentido, possuímos três estratos do inconsciente que estão ligados entre si: inconsciente pessoal, inconsciente coletivo e inconsciente vital. O inconsciente pessoal é a memória dos fatos vividos, nos primeiros anos de vida. O inconsciente coletivo é a memória da espécie e o inconsciente vital corresponde a memória cósmica, estando em sintonia com a essência do universo (SANTOS, 2019; TORO, 2002).

A fundamentação teórica para o modelo da Biodanza é baseado em paradigmas, que segundo Toro (1991) se encontram relacionados entre si formando uma rede de grandes intuições, mais relacionadas com revelações místicas do que com estratégias cognitivas convencionais. O primeiro dos paradigmas, ou digamos, “Princípio Fundamentais da Biodanza, como é abordado por Santos (2019), constitui o pensamento Biocêntrico.

O princípio Biocêntrico que tem como referência imediata a vida, inspirado nas leis universais que conservam os sistemas vivos tornando possível sua evolução (TORO, 2002). Toro (1991) coloca a respeito do princípio Biocêntrico que “[...] surge de uma proposta anterior a Cultura e se nutre da sabedoria biocósmica que gera os processos viventes. Tem como referencial imediato a vida. Inspira-se nas leis universais que conservam os sistemas vivos e tornam possível a sua evolução” (TORO, 1991, p. 10).

3.1.1 As sessões de Biodanza: música, dança e movimento

Segundo Cruz (2012), na Biodanza existe um retorno do prazer de se realizar os movimentos, uma satisfação de se sentir e mover-se no espaço, como possibilidade de evolução, expansão, e de crescimento. Como experimentar um sentimento de liberdade, realizando movimentos que resultam de um "conhecimento infinito", de uma emocionada e visceral confiança de estar vivo e pulsante. Assim é o movimento da arte: uma "força vital" radical, uma conexão 'intensa com a vida, que faz emergir uma incontável necessidade expressiva: a necessidade de mostrar que a vida é vida, que nos faz ver e sentir novas e maravilhosas nuances, que pertencem às dimensões e à complexidade da vida.

O dançarino quando se move, mesmo que a priori não tenha fins estéticos, expressa o prazer, e este revela a sensação de plenitude que está experimentando, pois dança a emoção geradora da vida ao desenhar, com seu corpo, formas de conexão real com a estética interior, mostrando um caminho

evolutivo de prazer e harmonia cósmica. A ligação total com a própria vida (CRUZ, 2012, p. 11).

Nas sessões de Biodanza há esse resgate do prazer do movimento, do sentir da música, do despertar da vida, sendo deflagrada uma integração entre os participantes do grupo, evocando sentimentos de amor, ternura e atenção pelo próximo. A dança não é coreografada e sim depende da identidade de cada um, sendo movimentos livres do corpo. Como coloca Kraemer (2017), é proposto que cada um busque sua identidade, um vínculo consigo mesmo e com os colegas do grupo, a partir de consignas, que consistem em orientações verbais do facilitador do encontro que ajudam o participante entenderem os exercícios que irão ser realizados. Mesmo sem coreografias, a Biodanza desenvolve centenas de exercícios que associados a diferentes músicas promovem diferentes alternativas para a montagem dos encontros.

Somos seres musicais, a vida é regida em uma maestria buscando-se uma harmonia, uma sintonia. A música está presente desde tempos remotos nas nossas vidas, sejam nas cantigas de ninar, nas orações, nas celebrações da vida, deflagrando sentimento, lembranças e emoções. A música é uma forma de expressão inerente ao ser humano, suscetível de partilha de emoções ou afetos. Promove um fortalecimento das relações humanas, aumentando a empatia e o prazer, favorecendo a evocação de memórias emocionais funcionando como veículo para chegar a sentimentos que se encontram inatingíveis (AREIAS, 2016).

Novalis, poeta alemão e místico do romantismo, coloca com propriedade:

“Todas as enfermidades são um problema musical e a cura consiste em encontrar uma solução musical”. “O que cura é a comunhão com o são, o som genial” “Quanto maior o talento musical do médico, mais completa e rápida será a cura (NOVALIS apud CRUZ, 2012)

Rolando Toro faz a seguinte afirmação:

As emoções têm formas musicais espaços sonoros, partituras de amor. As vivências se expressam em batimentos, universo do coração. Se estivermos conectados com as nossas palpitações, tudo se transforma em música. (TORO, 2008, transcrito por CRUZ, 2012).

A música na Biodanza tem o poder de deflagrar as emoções e sentimentos dando sentido aos movimentos, sustentados pelo nosso mundo emocional. A escolha das músicas é de fundamental importância para que se obtenham resultados, devendo-se ajustar as necessidades das potencialidades que se desejam desenvolver em cada sessão. Em Biodanza se utiliza a música orgânica, Rolando Toro define como sendo aquela que contém atributos biológicos,

como fluidez, harmonia, ritmo, tónus e unidade de sentido, sendo pertencente a esse grupo músicas estruturadas a partir de um núcleo emocional ou de um propósito fortemente expressivo, capaz de deflagrar respostas motoras e profunda estimulação visceral. Segundo Godoy (2008) a música de Mozart é um exemplo de música orgânica.

A Biodanza é realizada em grupos distintos sejam adultos, crianças, grupos da terceira idade, portadores de necessidades especiais, com sessões semanais que podem durar em média duas horas, sendo trinta minutos aproximadamente para primeira parte (atividade verbal) e uma hora e trinta minutos para segunda parte (conteúdo vivencial – exercícios e dança) (SANTOS, 2019).

No primeiro momento é feito uma “roda verbal”, na qual os participantes do grupo, mediados pelo facilitador, promove uma conversa no sentido de promover um compartilhamento da experiência vivida de modo singular na sessão anterior, destacando os aspectos que foram mais significativos. Essas expressões verbais são ditas em emoções vivenciadas, onde cada um tem a possibilidades de dar um *feedback* a alguma(s) pessoa(s) com quem construiu alguma dança especialmente significativa, comentando as suas sensações em relação a si próprio e ao(s) outro(s). O facilitador aborda a vivência que foi desenvolvida na sessão anterior (REIS, 2009). Observamos que a cada “roda verbal” os participantes desenvolvem a capacidade de expressar seus sentimentos de forma espontânea criando um vínculo de confiança e afetividade entre o grupo.

Em uma segunda etapa, são realizadas as vivências de acordo com o planejamento proposto pelo facilitador, neste momento os participantes são orientados não falar, realizando os exercícios em um silêncio que conduz para mais perto de si mesmo e do outro. A fala interior às vezes pode surgir. No entanto, considera-se que o pensamento pode induzir um distanciamento do sujeito em relação ao momento vivido, desconcentrando-o e sendo por isso indesejável (REIS, 2009). As vivências são direcionadas para estimular os potenciais de vitalidade, sexualidade, criatividade, afetividade e transcendência, sendo abordadas posteriormente, para melhor compreensão.

3.1.2 As vivências: o leito e o rio, o caminho

A observação da palavra vivência, *Erlebnis*, é verificada pela primeira vez a partir da primeira metade do século XIX, e ganha estatuto filosófico só em meados do mesmo século. Substantivado a partir do verbo *erleben*, *Erlebnis* significa "estar ainda presente na vida quando algo acontece", e seu uso linguístico geral remonta à literatura de caráter biográfico que

surge inicialmente com o texto de Dilthey sobre a vida de Schleiermacher. Viesenteiner (2013), cita em seu artigo que o uso geral da palavra *Erlebnis* possui três aspectos principais:

Vivência tem o caráter de ligação imediata com a vida (*Unmittelbarkeit*), de modo que não se vivencia algo através do legado de uma tradição e nem através de algo de que "se ouviu falar", mas sim *Erlebnis* "é sempre vivenciada por um Si" efetivamente, "cujo conteúdo não se deve a nenhuma construção", por isso o caráter de "*immediatez*" da vivência com a vida. Além disso, o que é vivenciado deve ter uma intensidade de tal modo significativa, cujo resultado confere uma importância que transforma por completo o contexto geral da existência: "Ao mesmo tempo, a forma 'o que se vivenciou' " classifica o que, no curso da vivência imediata, ganhou duração e *significabilidade* para o todo de um contexto de vida, enquanto seu produto mediato". Que alguém ainda tenha que vivenciar algo significa não apenas que esse alguém estará ligado à vida de forma imediata, mas também que a vivência deve ter uma tal significabilidade, a ponto de conferir importância decisiva ao caráter global da vida daquele que vivencia (VIESENTEINER, 2013, p. 142-143).

Como Kraemer (2017) dispõe em seu livro *Anjos e Bonsais: A dança entre o amor e liberdade*, Toro definiu a Biodanza como a poética do encontro, um encontro que através de diálogos corporais e emocionais, penetramos em vivências. O autor cita em seu livro:

O termo vivência em Biodanza se refere a momentos em que o participante experimenta o aqui e agora com tal intensidade que ele se torna capaz de redescobrir memórias escondidas em suas células corporais (inconsciente vital ou perde a noção do tempo para ampliar a percepção do momento experimentado). Em alguns idiomas no universo da Biodanza, o termo vivência também está empregado como sinônimo de encontro ou exercício específico (KRAEMER, 2017, p. 14).

Segundo Santos (2019), a Vivência corresponde a uma experiência singular do indivíduo, englobando as funções viscerais, emocionais, cenestésicas e do pensamento, sendo que apesar de acontecer no tempo presente, está sustentada pela história pessoal de cada um e nos remete à nossa singularidade. Nesse entendimento, Góis (2009) coloca em seu livro, *Biodança identidade e vivência*, que cuidar das manifestações da vida é cuidar do amor, percebendo a profunda realidade da vida, que acontece cada vez mais de forma mais complexa e diversa. Quando sentimos a vida sentimos que estamos vivos, revelamos a identidade como uma expressão natural e espontânea da vida, uma percepção de si mesmo. Neste resgate da nossa identidade, despertada pelas nossas potencialidades, nos convertemos a um mundo sensível de movimento, nutrição e amor.

A vivência primordial do sentir-se vivo fortalece e permite a revelação da identidade como algo único e conectado a tudo o mais (particularidade-universalidade, imanência-transcendência). Por esse caminho encontramos a

identidade como expressão de uma totalidade e não de partes de si mesmo, só possível de se realizar na imediatez do viver, portanto na vivência e não na consciência (GÓIS, 2009, p. 14).

Para Toro (2002) o potencial genético refere-se ao conjunto de potencialidades que são herdadas geneticamente por cada indivíduo, sendo que a expressão psicológica dessas potencialidades corresponde às vivências, as emoções e os sentimentos. No processo de expressão genética, algumas potencialidades permanecem em silêncio, dependendo do ambiente externo ou até mesmo do próprio indivíduo para se expressarem. Toro, propõe uma intervenção através do qual podemos ativar a expressão genética através de vivências específicas.

Toro construiu conceitos que sistematizaram a Biodanza, conceitos esses acerca da própria vivência, da identidade, da corporeidade, do movimento, do instinto, da carícia, da regressão, da música, da dança etc., com a finalidade de promover uma melhor compreensão. Todos eles estão entrelaçados em uma estrutura conceitual denominada de Modelo Teórico. Conforme é dito por Góis (2009), a vivência é a expressão singular do mundo e do si mesmo, é o movimento do ser que se concretiza em corpo, dança, encontro. Nesta concepção, o autor coloca o seguinte relato de Toro:

A vivência surge no instante em que se está vivendo. Como a água de uma nascente, as vivências surgem com espontaneidade e frescura. Possuem a qualidade do originário e têm uma força de realidade que compromete todo o corpo. As vivências não estão sob controle da consciência. Podem ser “evocadas”, mas não dirigidas pela vontade. De alguma maneira, estão fora do tempo, da memória, da aprendizagem e do condicionamento. O poder organizador que possuem as vivências deve-se a essa qualidade única de surgir como a primeira expressão afetiva de nosso organismo, como sensações corporais fortes. As vivências constituem a expressão originária do que existe de mais íntimo em nós mesmos, anterior a toda a elaboração simbólica e racional. Estas considerações nos levam a rejeitar, categoricamente, a pretensão de elaborar, interpretar e racionalizar as vivências. Tal atitude vem de um psicologismo deformado. A inteligência cognitiva não é o instrumento apropriado para organizar as vivências. Ao contrário, as vivências - que são os conteúdos nutritivos da existência - são as que devem orientar e dar sentido à existência. A consciência tem a função de registrar e resolver os problemas com o mundo externo, porém não a de dirigir as vivências. As comovedoras sensações que surgem das vivências têm que assumi-las e não interpretá-las. Biodanza desperta vivências que têm um valor organizador e integrador em si mesmas (TORO, 1991, p. 183).

O ponto inicial da Biodanza está centrado nas linhas de vivências, sendo um instrumento metodológico que foi esquematizado para sua colocação em prática. Segundo Flores (2018), os potenciais de vida que são provenientes da nossa herança genética, estão presentes em cada um de nós. Alguns já conseguem se expressar, outros dependem de um estímulo, um caminho para

se expressarem mais adequadamente e esse caminho está nas linhas de vivência. Como colocado por Toro (1991): “As linhas de vivência são impulsos taleonômicos em torno dos quais se organizam funções orgânicas performances e decisões em relação ao meio, sendo canais por onde deverá circular a programação biológica em suas expressões vivenciais”.

A metodologia da Biodanza é caracterizada pela indução de vivências integradoras, promovendo uma conexão do indivíduo consigo mesmo. Essas vivências ocorrem em três níveis: o cognitivo, o vivencial e o visceral. Toro, de acordo com suas experiências, deixa à mostra algumas características essenciais das vivências, tais como: *anterioridade* a consciência, onde a conscientização da vivência pode ser imediata ou aparecer em um segundo momento; *espontaneidade*, a vivência surge de forma espontânea, não sendo comandada pela vontade; *subjetividade* onde a vivências de cada indivíduo são únicas; *intensidade variável*, podendo variar de acordo com o grau de conexão consigo mesmo; *temporariedade*, a vivência é passageira, se manifestando no tempo presente; *emocionalidade* onde a vivência promove emoções; *dimensão cenestésica*, sendo a via de acesso ao inconsciente vital; *dimensão antológica* representando a íntima ligação ao Ser e a percepção de estar vivo; *dimensão psicossomática*, onde as vivências de integração podem elevar o grau de saúde e vitalidade (TORO, 2002)

Nesse entendimento, Toro em seus inúmeros estudos sobre vivências de Biodanza, encontrou uma correlação entre a expressão das potencialidades genéticas e as principais aspirações humanas. Utilizando o método fenomenológico ele separou os grupos estudados de acordo com seus aspectos semelhantes em relação a afinidades de condutas, evidenciando 5 grupos que apresentavam características semelhantes, sendo que cada um remontasse a uma forma de expressão das potencialidades genética. A partir de então, foram então definidas as cinco linhas de vivência: *vitalidade*, *sexualidade*, *criatividade*, *afetividade* e *transcendência*, que serão abordadas a seguir.

3.1.2.1 Linhas de vivências

O conceito de vitalidade é essencial para o sistema Biodanza, que trabalha com categorias como estilos de vida, princípio biocêntrico e vivência de vitalidade. Na Biodanza o conceito de vitalidade tem uma grade importância, uma vez que, segundo Flores (2018), o nosso inconsciente vital se manifesta através da vitalidade, tendo como raízes os instintos de sobrevivência biológica e conservação da vida.

Ao abordamos o conceito de vitalidade a partir de uma ótica sistêmica, a vitalidade seria resultante de fatores que se integram para manter o equilíbrio funcional, permitindo a expressão genética e a harmonia do sistema, apesar da influência que possa sofrer do ambiente (TORO, 2002). A linha de vitalidade é gerada do conjunto de funções responsáveis para manter a homeostase, apresentando indicadores que podem revelar tanto o nível de ordem, saúde, quanto o nível de desequilíbrio, doença. Com uma abordagem psicológica o conceito de vitalidade se expressa na motivação para ação, na alegria de estar vivo e através da força dos instintos. Toro (2002) coloca alguns indicadores de vitalidade para avaliação da Saúde, como: resistência ao esforço; vitalidade do movimento; estabilidade neurovegetativa; potência dos instintos e estado nutricional.

No caso da linha de vivência - Sexualidade, essa se define como a capacidade de sentir desejo sexual e prazer, na nossa visão biológica tem como finalidade a perpetuação da espécie. Na Biodanza há uma proposta de aprendizado para encontrar os caminhos que conduzam ao prazer, sendo através da dança, da música que são desenvolvidas todas as potencialidades do erotismo e da carícia (TORO, 2002, p. 87). Assim, a sexualidade e a vida estão intrinsecamente ligadas e não podem ser desconectadas. Segundo Câmara (2015), essa linha de vivência tem como objetivo primordial entrar em contato com o prazer de viver, permitindo uma visão mais ampla ao se pensar em sexualidade entendido por todos até os mínimos detalhes: o prazer de tomar banho, de caminhar, de trabalhar no que se gosta, de estar com o outro em relação.

A Biodanza se conduz ao prazer em dançar, de aprender a escutar a música em estado regressivo, ganhar consciência dos simples prazeres cotidianos, desenvolvendo todas as possibilidades de erotismo. Os movimentos de forma lenta e progressiva alcançam um nível de integração corporal e psíquica. Câmara (2015) cita alguns possíveis efeitos sobre a sexualidade a partir das vivências nas aulas de Biodanza: a perda do medo do contato e a superação de inibições e preconceitos; a expressão afetiva e erótica se torna mais espontânea e sincera; ter maior capacidade de fazer vínculos afetivos e estabelecer intimidade; reconhecer o próprio corpo como fonte de prazer e proporcionar prazer devido à fluidez e *feedback* aprendidos;

encontrar-se com a própria identidade sexual e tornar-se mais abertos às experiências erótico. Segundo Toro (2002, p. 87), “a sexualidade é a sensibilidade global aos estímulos de prazer e não só ao estímulo genital, tendo como aprendizado na Biodanza reforçar a própria identidade para encontrar o caminho que conduz o prazer”.

Pasinatto (2007) cita em seu trabalho a visão de Toro (1990, p. 83) a respeito do ato criativo no qual o autor ressalta, que tal ato desperta nos seres humanos um sentido pleno e interno de vinculação consigo mesmo, gerando um bem-estar na relação com a vida e com as outras pessoas. Nessa perspectiva, as vivências de criatividade reforçam o saudável e a identidade. Através da Biodanza se oportuniza a expressão dos impulsos criativos, já que a criatividade é uma função natural, ainda que reprimida culturalmente. Nesse sentido a autora, seguindo os passos apontados por Toro (1990), reconhece que a criatividade, sob a ótica da Biodanza, é inerente ao ser humano, razão pela qual propõe diminuir ao máximo a autorrepressão do impulso criativo, utilizando-se da música, do canto, da dança, de atividades plásticas e de contextos de encontros interpessoais para estimulá-lo.

Assim, a Biodanza entende que criar é gerar algo novo, a partir de si e, por isso, através das vivências busca desbloquear as inibições, o medo da crítica, incentivando o potencial criador de cada um e do grupo. Nesse processo há um resgate para expressão da criatividade que se encontra inibida e bloqueada pela própria imposição da sociedade, em seus conceitos toro busca adota uma proposta que vai além das definições propostas pela psicoterapia, arte-terapia dançaterapia ou musicoterapia, reafirmando que a criatividade consiste em um desenvolvimento natural das nossas funções biológicas.

O afeto constitui-se como elemento primordial da afetividade humana, que é como aponta Bezerra (2006) citando Codo e Gazzoti (1999, p. 48-59) ao esses se referem a afetividade como um “conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre de impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagrado, de alegria ou de tristeza”. Bezerra (2006) também ressalta as qualidades de Henri Wallon que discute a afetividade como uma ferramenta pedagógica, destacando as contribuições no que diz respeito a importância da afetividade no processo de aprendizagem. Wallon elaborou uma teoria com base na psicogênese, para explicar sua visão sobre a importância da afetividade no processo de desenvolvimento cognitivo do ser humano (BEZERRA, 2006).

Afetividade e emoção, porém, apresentam significados distintos diferenciados na obra de Wallon, segundo o qual as emoções, tanto quanto os sentimentos e os desejos ocorrem como

manifestações da vida afetiva. No entanto, no uso da linguagem comum costuma-se substituir emoção por afetividade considerando como termos sinônimos, porém é um erro, uma vez que a afetividade é mais abrangente, pois se trata de um conjunto no qual estão inseridas várias manifestações (BEZERRA, 2006).

Segundo colocado por Souza (2016), o afeto é a parte de nosso psiquismo responsável pela forma como sentimos e percebemos a realidade. A afetividade é, então, a parte psíquica responsável pelo significado sentimental de tudo que vivemos. Se algo que vivenciamos está sendo agradável, prazeroso, sofrível, angustiante, causa medo ou pânico, ou nos dá satisfação, todos esses conceitos são atribuídos pela nossa afetividade.

Na Biodanza a afetividade nos permite a identificação com outras pessoas, sendo complexa e permanente ao longo da vida e implicam participação da consciência, da memória e da representação simbólica. A linha da afetividade na Biodanza está centrada no amor e assim é compreendida como:

Por afetividade entendo um estado de afinidade profunda para com outros seres humanos, capaz de originar sentimentos, capaz de originar sentimentos de amor amizade, altruísmo, maternidade, paternidade, solidariedade. Sem dúvida, também sentimentos opostos como a ira, o ciúme, a insegurança e a inveja podem ser considerados componentes desse complexo fenômeno. (TORO, 2002).

Vale deixar bastante claro que para Toro, no que diz respeito às linhas de vivência, em particular a afetividade o seu olhar de alteridade, quando manifesta a preocupação de que os sentimentos são não somente uma forma de libertar-se a si, bem como, se voltar para o próximo de maneira positiva. No entanto, reconhece que os sentimentos opostos como a ira, dentre outros, são passíveis de acontecer porque fazem parte de um conjunto pertinente ao ser humano.

Acerca da transcendência, pode ser dito que não há um conceito para o termo transcendental, pois essa palavra tem sido usada em vários sentidos. Ela significa "o que é ou vai além". Na filosofia medieval, chamavam-se conceitos transcendentais aos mais universais, ou seja, aqueles que vão além das distinções entre diferentes categorias. Na Idade Moderna, o uso mais comum da palavra designa o supracensível como aquilo que está além do mundo espaço temporal (TUNGENDHAT, 2012). Assim, na vivência de transcendência é preciso modificar a nossa visão e percepção da compreensão das coisas, ampliar a penetração vivencial para percebemos que a vida vai mais além, sendo mais complexa e maravilhosa do que estarmos acostumados a enxergar e talvez prepararmos para perceber e sentir (LEMOS, 2005). Para Toro (1991; 2002), a linha de transcendência apresenta uma origem biológica e uma infraestrutura instintiva, a busca de harmonia pela totalidade cósmica é uma função orgânica, que culmina na

experiência mística. O impulso místico é visceral e a experiência suprema implica em profundas mudanças na homeostase. Essa vivência propõe uma restauração dos vínculos com a natureza com a essência do indivíduo, uma visão integrativa com a totalidade, resultando em uma experiência suprema.

Diante do exposto, reconhecendo nas linhas de vivência traçadas por Toro (1991; 2002) para constituir o *corpus* da Biodanza, nos sentimos à vontade para apresentar os resultados desse estudo que mais adiante se mostram em números e traduzem o cuidado com a consolidação de práticas médicas que vão além do entendimento biomédico e mais, evidenciam o papel dos saberes tradicionais e da importância da visão holística que enxerga o ser humano na sua integralidade.

3.2 Resultados e análise estatística

Os dados foram tabulados e analisados no programa IBM SPSS (versão 21). Foram realizadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão, porcentagens) para os dados sociodemográficos, carga viral e escores de qualidade de vida. A fim de comparar os escores antes e depois da intervenção (condições pré-teste e pós-teste), realizaram-se análises de comparação não-paramétrica de medidas repetidas (Teste de Wilcoxon), considerando uma probabilidade de erro de 5%. Além disso, efetuaram-se testes de comparação para amostras independentes (Teste de Mann-Whitney) para comparar aos escores de qualidade de vida, Carga Viral, TCD4+ e relação TCD4+/TCD8+.

As Tabelas 2 e 3 resumizam a distribuição do grupo de intervenção (pré-teste), que sofreu intervenção da Biodanza, do grupo controle. Cada grupo foi composto de 11 participantes conforme as posições obtidas em cada domínio da QV (inferior, intermediário e superior). A Tabela 4 resume os níveis de qualidade de vida do grupo de intervenção no pós-teste. A Tabela 5 apresenta as diferenças das médias nos domínios e dos escores da QV entre o grupo de intervenção e grupo controle. A tabela 6 mostra as diferenças das médias nos domínios e dos escores da QV entre as situações pré-teste e pós-teste. A Tabela 7 mostra a verificação da carga viral dos pacientes. A tabela 8 compara o perfil imunológico nas situações pré-teste e pós-teste. A avaliação da comparação da QV em relação aos níveis células TCD4+ e TCD8+ são apresentados na Tabela 9.

Observou-se que no domínio de QV físico, majoritariamente se classificou no nível intermediário (63,6%). No domínio Psicológico, a maioria apresentou nível superior (54,5%). Em relação ao Nível de Independência, a maioria possui nível superior (63,6%). A maioria dos

participantes possuem nível intermediário em relações sociais (81,8%) e Meio Ambiente (60%). Já no domínio ERCP, a maior parte classificou-se com nível superior (63,6%), como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Domínios de Qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS e as posições inferior, intermediária e superior no Pré-teste. João Pessoa/ PB no grupo de Intervenção. 2019 (N = 11)

Domínios	Posições Pré-teste					
	Inferior		Intermediário		Superior	
	f	%	f	%	f	%
Físico (n = 11)	2	18,2	7	63,6	2	18,2
Psicológico (n=11)	1	9,1	4	36,4	6	54,5
Nível de Independência (n=11)	0	0,0	4	36,4	7	63,6
Relações sociais (n = 11)	0	0,0	9	81,8	2	18,2
Meio Ambiente (n=10)	0	0,0	6	60,0	4	40,0
ERCP (n=11)	0	0,0	4	36,4	7	63,6

Nota: f – frequência absoluta; % - porcentagem.

Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

Em relação ao grupo controle, observou-se que no domínio de QV físico, majoritariamente se classificou no nível intermediário (70%). No domínio Psicológico, a metade apresentou nível superior (50%). Em relação ao Nível de Independência, a maioria possui nível intermediário (42,9%) e superior (42,9%). Metade dos pacientes possui nível superior em relações sociais (50%), e a maioria possui nível intermediário em Meio Ambiente (70%). Já no domínio ERCP, a maior parte classificou-se com nível intermediário (60%), como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Domínios de Qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS e as posições inferior, intermediária e superior no Pré-teste. João Pessoa/ PB no grupo Controle. 2019 (N = 11)

Domínios	Posições Pré-teste					
	Inferior		Intermediário		Superior	
	f	%	f	%	f	%
Físico (n = 10)	2	20,0	7	70,0	1	10,0
Psicológico (n=10)	1	10,0	4	40,0	5	50,0
Nível de Independência (n=7)	1	14,3	3	42,9	3	42,9
Relações sociais (n = 8)	1	12,5	3	37,5	4	50,0
Meio Ambiente (n=10)	1	10,0	7	70,0	2	20,0
ERCP (n=10)	2	20,0	6	60,0	2	20,0

Nota: f – frequência absoluta; % - porcentagem.
 Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

Em relação ao grupo de intervenção no Pós-teste, observou-se que no domínio de QV físico, majoritariamente se classificou no nível intermediário (62,5%) e 25% no nível superior. No domínio Psicológico, mais da metade apresentou nível superior (55,6%). Em relação ao Nível de Independência, a maioria possui nível superior (55,6%). A maioria dos pacientes possui nível intermediário em relações sociais (55,6%) e a maioria possui nível intermediário em Meio Ambiente (66,7%). Já no domínio ERCP, a maior parte classificou-se com nível superior (88,9%), como apresentado na Tabela 4.

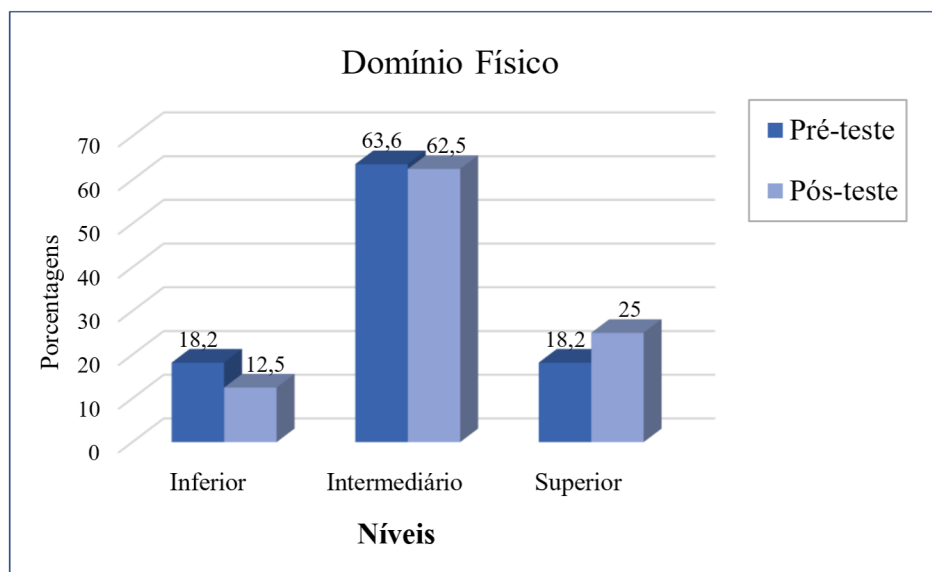
Tabela 4 - Domínios de Qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS e as posições inferior, intermediária e superior no Pós-teste. João Pessoa/ PB no grupo de Intervenção. 2019 (N = 9)

Domínios	Posições Pós-Teste					
	Inferior		Intermediário		Superior	
	f	%	f	%	f	%
Físico (n = 10)	1	12,5	5	62,5	2	25,0
Psicológico (n=10)	0	0,0	4	44,4	5	55,6
Nível de Independência (n = 10)	1	11,1	3	33,3	5	55,6
Relações sociais (n = 10)	2	22,2	5	55,6	2	22,2
Meio Ambiente (n = 10)	1	11,1	6	66,7	2	22,2
ERCP (n = 10)	1	11,1	0	0,0	8	88,9

Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

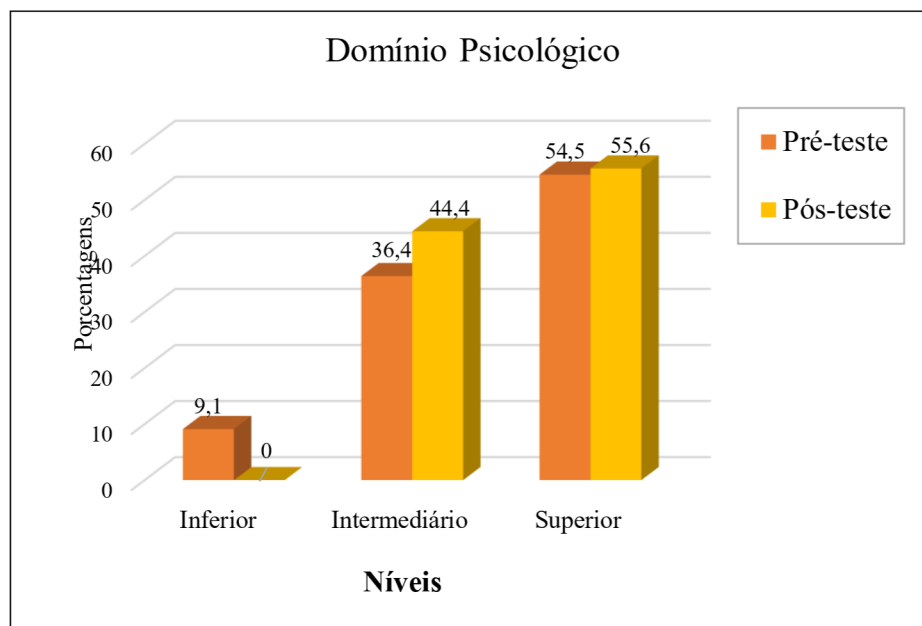
As diferenças as porcentagens de classificação dos domínios da QV entre as situações pré-teste e pós-teste são apresentadas graficamente a seguir:

Gráfico 1- Diferenças do domínio físico entre as situações pré-teste e pós-teste



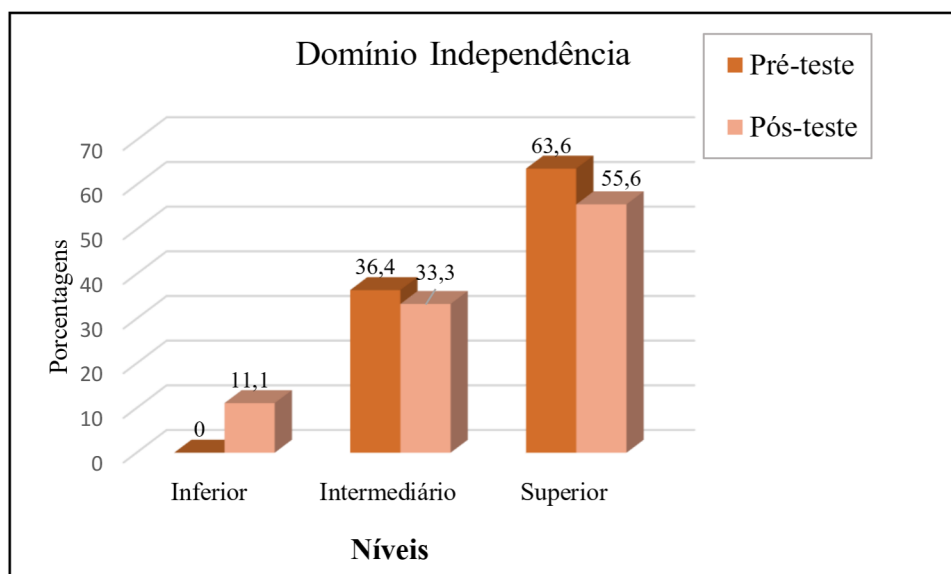
Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

Gráfico 2 - Diferenças do domínio psicológico entre as situações pré-teste e pós-teste



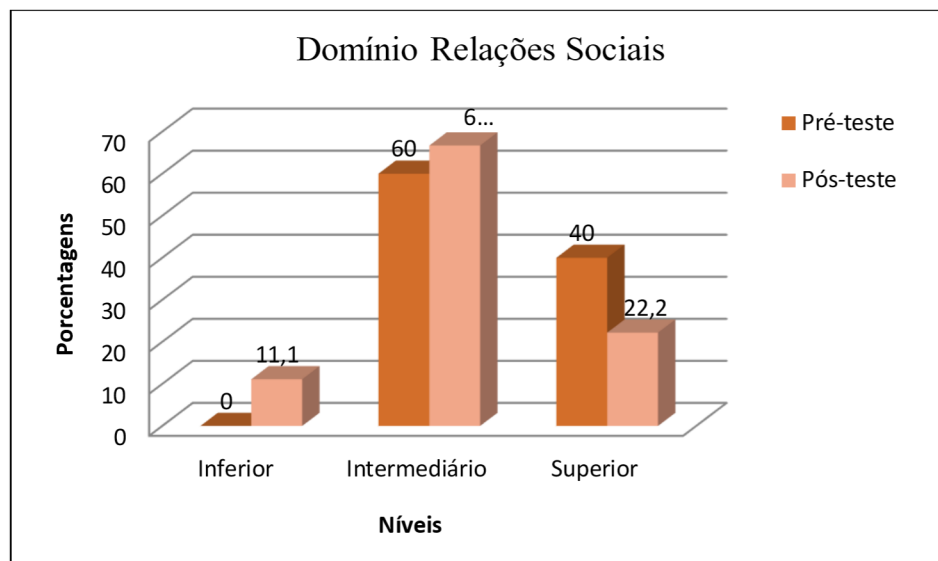
Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

Gráfico 3 - Diferenças do domínio independência entre as situações pré-teste e pós-teste



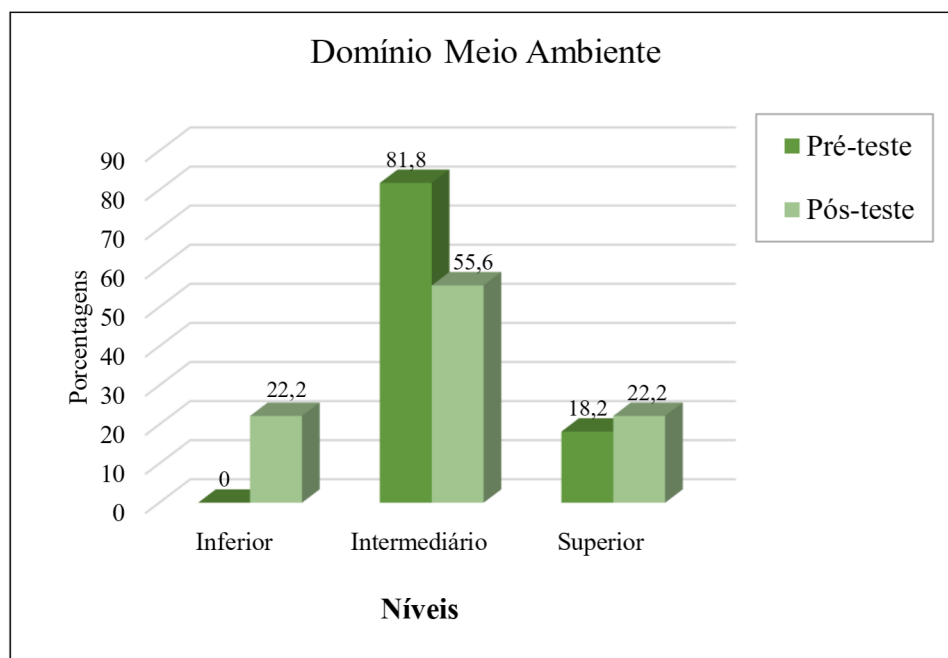
Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

Gráfico 4 - Diferenças do domínio relações sociais entre as situações pré-teste e pós-teste



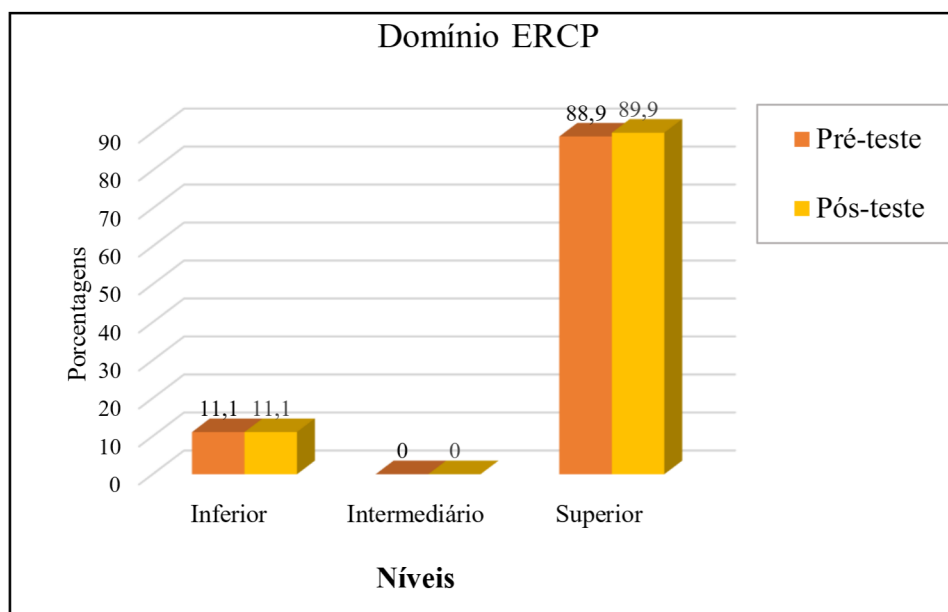
Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

Gráfico 5 - Diferenças do domínio meio ambiente entre as situações pré-teste e pós-teste



Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

Gráfico 6 - Diferenças do domínio ERCP entre as situações pré-teste e pós-teste



Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

Ao observar as comparações das porcentagens de classificação, percebe-se que no domínio físico houve uma redução da classificação inferior e um aumento da classificação superior. No domínio psicológico houve maior diferença entre as situações pré-teste e pós-teste, pois houve maior quantidade de indivíduos com nível de qualidade de vida intermediário e superior.

No pré-teste, foi possível identificar os aspectos que acarretam menor e maior qualidade de vida dos participantes do estudo a partir das médias dos escores dos domínios e das facetas. Identificaram-se maiores médias de QV nos domínios Psicológico ($M = 14,40$; $DP = 2,36$), Nível de Independência ($M = 15,02$; $DP = 2,76$) e ERCP ($M = 15,57$; $DP = 2,48$). Por outro lado, verificou-se uma menor média de QV para o domínio Físico ($M = 12,34$; $DP = 2,24$).

No domínio Físico, a menor média foi para o escore de dor ($M = 2,75$; $DP = 0,78$), já no grupo controle a maior média foi para o escore de sintomas ($M = 2,78$; $DP = 0,82$). Para o domínio Psicológico, a menor QV observada foi no escore de sentimentos negativos tanto no grupo de intervenção ($M = 3,23$; $DP = 1,13$) quanto no grupo controle ($M = 3,30$; $DP = 1,17$). Já para o domínio de Independência, o escore de dependência apresentou menor média no grupo de intervenção ($M = 2,90$; $DP = 0,79$) e no grupo controle ($M = 2,80$; $DP = 0,83$). No que tange as relações sociais, a menor média foi para o escore de sexo no grupo de intervenção ($M = 2,93$; $DP = 0,87$) e de apoio do grupo controle ($M = 3,18$; $DP = 0,82$). Em relação ao Meio ambiente, a menor média foi no escore de finanças no grupo de intervenção ($M = 2,90$; $DP = 0,95$) e de segurança no grupo controle ($M = 2,66$; $DP = 0,51$). Por fim, para o escore ERCP, verificou-se uma menor média para o escore acerca do futuro no grupo de intervenção ($M = 3,61$; $DP = 1,07$) e ao perdão no grupo controle ($M = 2,75$; $DP = 1,07$), como mostra a Tabela 5.

Testes não-paramétricos de Mann-Whitney foram efetuados para comparar os grupos de intervenção e controle em todas as facetas e domínios. Os resultados indicaram que para a maioria dos domínios e facetas não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no pré-teste. Uma exceção foi o domínio ERCP, que se apresentou significativamente maior no grupo de intervenção, especificamente na faceta acerca do perdão.

Tabela 5 - Escores do WHOQOL-120 HIV de pacientes com HIV/AIDS de acordo com as facetas e domínios no Pré-Teste. João Pessoa-PB. 2019 (N = 22)

	Grupo de Intervenção (n = 11)	Grupo Controle (n = 11)	Teste de Mann- Whitney p-valor
Qualidade de vida	M ± DP	M ± DP	
Físico	12,34 ± 2,24	11,98 ± 3,28	0,888
Dor	2,75 ± 0,78	2,82 ± 0,92	0,895
Energia	3,25 ± 0,50	2,93 ± 0,50	0,186
Sono	3,48 ± 0,80	3,53 ± 0,77	0,645
Sintomas	2,86 ± 1,02	2,78 ± 0,82	0,832
Psicológico	14,40 ± 2,36	14,34 ± 3,57	0,672
Sentimentos positivos	3,27 ± 0,60	3,73 ± 0,87	0,319
Cognição	3,50 ± 0,52	3,43 ± 0,77	0,748
Autoestima	3,93 ± 0,68	3,73 ± 1,04	0,973
Corpo	3,77 ± 1,08	3,66 ± 0,99	0,574
Sentimentos negativos	3,23 ± 1,13	3,30 ± 1,17	0,947
Nível de Independência	15,02 ± 2,76	13,71 ± 3,22	0,379
Mobilidade	4,05 ± 0,81	4,00 ± 1,05	0,878
AVD	3,98 ± 0,71	3,64 ± 0,90	0,370
Dependência	2,90 ± 0,79	2,80 ± 0,93	0,701
Trabalho	3,98 ± 1,04	3,50 ± 1,00	0,269
Relações sociais	13,52 ± 2,02	13,47 ± 3,83	0,432
Relacionamentos	3,77 ± 0,55	3,48 ± 1,03	0,414
Apoio	3,27 ± 0,58	3,18 ± 0,82	0,914
Sexo	2,93 ± 0,87	3,23 ± 0,88	0,357
Inclusão	3,55 ± 0,52	3,50 ± 1,10	0,465
Meio Ambiente	13,95 ± 2,18	12,45 ± 2,79	0,256
Segurança	3,16 ± 0,43	2,66 ± 0,51	0,033
Moradia	3,98 ± 0,65	3,59 ± 0,97	0,434
Finanças	2,90 ± 0,95	2,91 ± 0,83	0,829
Cuidados	3,55 ± 0,61	3,28 ± 0,83	0,475
Informação	3,88 ± 0,61	3,20 ± 0,81	0,051
Lazer	3,23 ± 0,87	3,11 ± 0,69	0,915

Ambiente físico	3,57 ± 0,75	3,14 ± 0,75	0,197
Transporte	3,30 ± 1,00	3,09 ± 1,09	0,895
ERCP	15,57 ± 2,48	12,53 ± 2,74	0,020*
Perdão	3,80 ± 0,94	2,75 ± 1,07	0,031*
Futuro	3,61 ± 1,07	3,05 ± 1,15	0,235
Morte	4,18 ± 0,61	3,45 ± 1,24	0,174
ERCP	3,98 ± 0,59	3,57 ± 1,06	0,550
Geral	3,75 ± 0,55	3,36 ± 0,91	0,321

Nota: M – média; DP – desvio-padrão; p-valor – probabilidade de erro do tipo I do Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

No pós-teste a qualidade de vida foi mensurada novamente. Desse modo, foi possível realizar comparações dos escores entre os momentos pré e pós intervenção a partir do teste Wilcoxon. Os resultados são apresentados na Tabela 6, adiante.

Tabela 6 - Escores do WHOQOL-120 HIV de pacientes com HIV/AIDS de acordo com as facetas e domínios no Pré-Teste (N = 11) e no Pós-teste (N = 9). João Pessoa-PB. 2019-2020

	Pré-teste (n = 11)	Pós-teste (n = 9)	Teste Wilcoxon
Qualidade de vida	M ± DP	M ± DP	p-valor
Físico	12,34 ± 2,24	12,96 ± 2,31	0,273
Dor	2,75 ± 0,78	2,97 ± 0,64	0,195
Energia	3,25 ± 0,50	3,08 ± 0,37	0,125
Sono	3,48 ± 0,80	3,53 ± 1,24	0,406
Sintomas	2,86 ± 1,02	3,02 ± 0,82	0,113
Psicológico	14,40 ± 2,36	14,66 ± 2,73	0,166
Sentimentos positivos	3,27 ± 0,60	3,91 ± 0,69	0,016
Cognição	3,50 ± 0,52	3,55 ± 0,67	0,188
Autoestima	3,93 ± 0,68	3,97 ± 0,68	0,250
Corpo	3,77 ± 1,08	3,55 ± 1,22	0,469
Sentimentos negativos	3,23 ± 1,13	3,33 ± 0,81	0,441
Nível de Independência	15,02 ± 2,76	14,25 ± 2,46	0,094
Mobilidade	4,05 ± 0,81	3,80 ± 0,88	0,287
AVD	3,98 ± 0,71	3,97 ± 0,76	0,500

Dependência	2,90 ± 0,79	2,44 ± 1,00	0,133
Trabalho	3,98 ± 1,04	4,02 ± 0,93	0,500
Relações sociais	13,52 ± 2,02	13,66 ± 3,32	0,334
Relacionamentos	3,77 ± 0,55	3,75 ± 0,72	0,484
Apoio	3,27 ± 0,58	3,16 ± 0,87	0,344
Sexo	2,93 ± 0,87	3,27 ± 1,24	0,039
Inclusão	3,55 ± 0,52	3,47 ± 0,96	0,430
Meio Ambiente	13,95 ± 2,18	13,18 ± 2,90	0,281
Segurança	3,16 ± 0,43	2,80 ± 0,71	0,086
Moradia	3,98 ± 0,65	3,52 ± 0,91	0,031
Finanças	2,90 ± 0,95	2,80 ± 1,13	0,563
Cuidados	3,55 ± 0,61	3,69 ± 0,63	0,063
Informação	3,88 ± 0,61	3,83 ± 0,57	0,406
Lazer	3,23 ± 0,87	3,44 ± 0,86	0,078
Ambiente físico	3,57 ± 0,75	3,33 ± 0,79	0,141
Transporte	3,30 ± 1,00	2,91 ± 1,08	0,086
ERCP	15,57 ± 2,48	15,52 ± 2,42	0,455
Perdão	3,80 ± 0,94	3,75 ± 0,95	0,492
Futuro	3,61 ± 1,07	3,75 ± 0,73	0,422
Morte	4,18 ± 0,61	3,97 ± 0,68	0,133
ERCP	3,98 ± 0,59	4,05 ± 0,64	0,375
Geral	3,75 ± 0,55	3,97 ± 0,83	0,115

Nota: M – média; DP – desvio-padrão; p-valor – probabilidade de erro do tipo I do Teste de Mann-Whitney.

Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as condições pré e pós-testes dos sentimentos positivos ($p = 0,016$), sexo ($p = 0,039$) e moradia ($p = 0,031$). Os escores de sentimentos positivos foram maiores no pós-teste ($M = 3,01$; $DP = 0,69$) do que no pré-teste ($M = 3,27$; $DP = 0,60$). Em relação ao sexo, os escores foram maiores no pós-teste ($M = 3,27$; $DP = 1,24$) do que no pré-teste ($M = 2,93$; $DP = 0,87$). Por outro lado, em relação a moradia, a média foi maior no pré-teste ($M = 3,98$; $DP = 0,65$) do que no pós-teste ($M = 3,52$; $DP = 0,91$).

Tabela 7 — Caracterização do CD4+,CD4+/CD8+ e carga viral dos pacientes com HIV/AIDS no Pré-teste.
João Pessoa-PB. 2019 (N = 22) no grupo de intervenção e grupo controle

	Pré-Teste				Pós-Teste			
	DATA	CD4	Carga Viral	CD4/ CD8	DATA	CD4	Carga Viral	CD4/ CD8
Grupo de Intervenção								
Participante 1	07/10/2019	612	205 cópias	0,50	03/03/2020	421	Indetectável	0,52
Participante 2	11/06/2019	674	Indetectável	0,59	03/11/2020	709	Indetectável	0,71
Participante 3	30/11/2018	1.045	Indetectável	1,88	09/01/2020	365	Indetectável	1,59
Participante 4	08/08/2019	622	Indetectável	0,70	29/06/2020	603	Indetectável	0,83
Participante 5	01/07/2019	567	45 cópias	0,79	27/01/2020	567	Indetectável	0,79
Participante 6	23/10/2019	1.137	Indetectável	0,75	19/02/2020	592	Indetectável	0,77
Participante 7	21/03/2019	518	Indetectável	1,30	22/09/2020	844	Indetectável	1,15
Participante 8	22/05/2019	1.172	Indetectável	1,01	14/01/2020	815	Indetectável	1,22
Participante 9	25/02/2019	912	Indetectável	0,50	13/10/2020	344	Indetectável	0,40
Participante 10	23/01/2019	519	Indetectável	0,88	19/02/2020	597	Indetectável	0,74
Participante 11	15/08/2019	1.254	Indetectável	1,37	15/08/2020	1.254	Indetectável	1,37
M		821,09		0,93		626,70		
DP		286,60		0,42		265,13		
	Pré-Teste				Pós-Teste			

Grupo Controle	DATA	CD4	Carga Viral	CD4/ CD8	DATA	CD4	Carga Viral	CD4/C D8
Participante 1	09/04/2019	762	Indetectável	0,71	03/03/2020	671	Indetectável	0,92
Participante 2	26/04/2019	703	Indetectável	1,38	08/10/2020	-	Indetectável	-
Participante 3	23/08/2018	907	Indetectável	0,95	16/01/2019	1165	Indetectável	0,97
Participante 4	24/07/2019	980	Indetectável	0,60	17/03/2020	980	Indetectável	0,60
Participante 5	07/05/2019	718	Indetectável	1,02	03/03/2020	965	Indetectável	0,94
Participante 6	10/09/2019	1.035	Indetectável	2,70	10/09/2019	1.035	Indetectável	2,70
Participante 7	01/04/2019	983	Indetectável	1,55	19/02/2020	1.353	Indetectável	2,01
Participante 8	06/06/2019	328	Indetectável	0,14	06/06/2019	328	Indetectável	0,14
Participante 9	10/05/2019	935	Indetectável	1,0	03/03/2020	802	Indetectável	0,94
Participante 10	23/01/2019	424	Indetectável	1,12	18/11/2019	619	Indetectável	1,06
Participante 11	14/09/2018	741	Indetectável	0,60	13/04/2020	278	Indetectável	0,58
M		774,18		1,07		819,60		1,08
DP		229,92		0,66		348,76		0,74

Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

Na avaliação da Tabela 7 apresentada anteriormente podemos analisar o seguinte perfil imunológico para o grupo de intervenção, na análise pré-teste: apenas 1 paciente apresenta a carga viral detectável 9,10%, sendo 10 pacientes com carga viral indetectável, 90,90%. Concluindo que a maioria dos pacientes do nosso estudo está controlada para o HIV. Com relação a avaliação do sistema imunológico verificamos uma média de células TCD4 de 821,0 células e Células TCD8 de 993,3, apresentando níveis considerados imunocompetentes.

Com relação as nossas pesquisas, esses dados são importantes para não promoverem resultados confundidores que possa haver entre o uso concomitante da TARV e a ferramenta de intervenção (Biodanza). No grupo controle todos os pacientes possuem carga viral indetectável. Em relação ao sistema imunológico verificamos uma média de células TCD4 de 774,18 células e Células TCD8 de 901,06, apresentando níveis considerados imunocompetentes. Testes de comparação de grupos de Mann-Whitney identificaram que no pré-teste os grupos não diferem significativamente entre si em relação ao TCD4 (p-valor = 0,870) e TCD8 (p-valor = 0,341). Portanto, há evidências de que antes das intervenções com a Biodanza os dois grupos possuem perfis imunológicos semelhantes.

O perfil imunológico dos participantes foi novamente testado no pós-teste. Comparações entre o pré-teste e o pós-teste foram estatisticamente significativas ao evidenciar que no grupo de intervenção houve uma diferença no CD4 ($Z = -1,82$; $p = 0,039$). O CD4 deste grupo era maior no pré-teste ($M = 821,09$; $DP = 286,60$) do que no pós-teste ($M = 626,70$; $DP = 265,13$). Por outro lado, no grupo controle não houve diferença significativa entre os dois momentos ($Z = -0,67$; $p = 0,289$), pois as médias do pré-teste e pós-teste foram aproximadas, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 - Comparação do CD4 e CD4/CD8 entre o Pré-teste e Pós-teste

	Pré-teste		Pós-teste		Wilcoxon
	M	DP	M	DP	P
Grupo de Intervenção					
CD4	821,09	286,60	626,70	265,13	0,039
CD4+/CD8+	0,93	0,42	0,91	0,36	0,410
Grupo Controle					
CD4	774,18	229,92	819,60	348,76	0,289
CD4+/CD8+	1,07	0,66	1,08	0,74	0,492

Nota: M – média; DP – desvio-padrão; P-valor – probabilidade de erro do tipo I do Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

A avaliação da QV como disposto na Tabela 9, adiante, mostra a comparação com o estado imunológico, por meio do teste não-paramétrico Mann-Whitney. O que deixou evidente que os níveis de CD4 e CD8 (classificados pela mediana do grupo), CD4+/CD8+ (menor e maior do que 1) e carga viral (não detectável e detectável) não tiveram efeitos significativos na qualidade de vida em nenhum dos domínios do grupo de intervenção no pré-teste. Com isso, espera-se que as medidas de CD4+ e CD8+, CD4+/CD8+ e Carga viral não sejam variáveis confundidoras entre as condições pré e pós-teste do estudo interventivo. Por outro lado, no grupo controle houve uma diferença significativa na comparação do domínio físico e psicológico nos níveis de CD4. Pessoas com níveis mais altos de CD4 apresentaram QV significativamente menor do que aqueles pacientes com nível de CD4 mais baixo.

Tabela 9 - Comparações dos domínios da QV dos pacientes com HIV/AIDS no Pré-teste em relação ao estado imunológico. João Pessoa-PB. 2019 (N = 22)
Grupo de Intervenção e Grupo Controle

Variáveis	Ranks médios dos escores de Qualidade de Vida					
	Físico	Psicológico	Independência	Relações Sociais	Meio Ambiente	ERCP
Grupo de Intervenção (n = 11)						
CD4						
< 674	6,10	6,10	6,40	5,50	4,75	5,80
≥ 674	5,92	5,92	4,60	6,42	6,00	6,17
p-valor	0,927	0,927	0,346	0,647	0,521	0,855
CD8						
< 916	6,40	6,30	5,10	5,20	5,38	6,60
≥ 916	5,67	5,75	5,90	6,67	5,58	5,50
p-valor	0,714	0,784	0,675	0,464	0,915	0,584
CD4/CD8						
<1	5,36	5,21	5,08	5,07	4,58	5,43
>1	7,13	7,38	6,13	6,13	6,88	7,00
p-valor	0,394	0,298	0,593	0,218	0,240	0,450
Carga viral						
Não-detc.	5,78	5,67	5,19	6,28	6,06	6,11
Detectado	7,00	7,50	6,75	4,75	3,25	5,50
p-valor	0,637	0,478	0,513	0,555	0,239	0,814
Grupo Controle (n = 11)						
CD4						
< 762	7,17	7,50	5,25	5,88	6,50	6,17
≥ 762	3,00	2,50	2,33	3,13	4,00	4,50
p-valor	0,033	0,011	0,077	0,110	0,201	0,394
CD8						
< 732	7,20	6,00	5,33	5,50	6,80	6,20
≥ 732	3,80	5,00	3,00	3,50	4,20	4,80
p-valor	0,076	0,602	0,157	0,245	0,175	0,465

CD4/CD8						
<1	5,17	4,00	3,33	3,40	4,67	5,20
>1	6,00	7,75	4,50	6,33	6,75	5,80
p-valor	0,670	0,055	0,480	0,099	0,286	0,754

Nota: p-valor para hipótese bilateral do Teste de Mann-W

Fonte: Dados da pesquisa (KIGUTI, 2020)

3.3 Discussão dos resultados

Para evidenciar o propósito desse estudo na Área de Ciências das Religiões na linha de pesquisa Espiritualidade e Saúde, procuramos avaliar possíveis efeitos da Biodanza, como ferramenta de intervenção, em pacientes vivendo com HIV/AIDS a partir dos instrumentos de avaliação: qualidade de vida, medida através da aplicação do questionário WHOQOL - 120 HIV, versão em português e perfil imunológico dos pacientes, quantificado pelos exames de TCD4+ e TCD8+, tendo como participantes pacientes do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga. Como já apresentado, foram formados dois grupos e submetidos a um processo de pré e de pós-testes, no entanto, o grupo participante das vivências de Biodanza foi o que ofereceu respostas mais sensíveis às questões dos domínios e facetas dispostas no questionário.

É importante salientar que a escolha pela Biodanza se deu entre as Práticas Integrativas Complementares pela disposição das suas linhas de vivência que procuram perceber a dinâmica dos participantes assumindo que os resultados podem trazer melhor entendimento das limitações pessoais individualmente, ainda que estejam em grupo. Assim, No domínio físico tanto no pré- teste como no pós teste no grupo Intervenção mantiveram níveis intermediários e superiores de QV. No domínio psicológico observamos uma resposta significativa , após intervenção da Biodanza , com redução dos indivíduos com QV baixa, observando-se uma elevação com relação aos sentimentos positivos. Com relação ao domínio independência após intervenção da Biodanza, mantivemos níveis Intermediários e superiores de QV. No domínio social, com relação a sexo, observamos um aumento na QV, após intervenção da Biodanza nestes pacientes.

Com relação ao controle virológico expresso pela carga viral observamos que não houve modificações após intervenção da Biodanza, todos os pacientes mantiveram-se com carga viral indetectável. O perfil imunológico representado pelo CD4+, CD8+ e relação CD4+/CD8+, não

teve modificações significativas após a realização da Biodanza, no entanto todos os pacientes mantiveram-se com status imunológico e virológico controlado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trouxemos um estudo inédito na Paraíba no que diz respeito ao contexto dos pacientes HIV/AIDS, uma vez que na qualidade de profissional de Saúde, em particular na especialidade de infectologista, é nossa preocupação buscar cada vez mais mitigar o sofrimento dos pacientes, contribuindo de maneira positiva para o melhor desempenho no exercício profissional, levando em conta os aspectos biopsicossociais das pessoas inseridas em um contexto hospitalar, quer sejam pacientes, familiares ou operadores.

Nesse entendimento, procuramos dar respostas ao empenho de práticas que validaram as escolhas, tanto da Biodanza quanto do instrumento WHOQOL-120 HIV e a quantificação da carga viral, que permitiu traçar o perfil imunológico dos pacientes, utilizando pré e pós-testes para estabelecer uma baliza que fundamentou essa pesquisa trazendo os resultados apresentados e discutidos. Nesse lugar, gostaríamos inicialmente de antes de responder aos objetivos propostos, mostrar que o nosso desejo de extrapolar para além das possibilidades ofertadas pelo Ministério da Saúde no Brasil, realizando as vivências de Biodanza como uma alternativa saudável nessa extensa seara que é o universo de uma doença que ainda é estigmatizada pelo preconceito que separa os pacientes remetendo-os à solidão foi uma propositura que somente encontramos na multidisciplinaridade das Ciências das Religiões, que sem perder o seu prumo epistemológico, se revelou o modo de fazer ciência mais humanizada e mais próxima do nosso objeto que perpassa os valores contributivos para uma melhor qualidade de vida.

A nossa escolha pela Biodanza como uma Prática Integrativa Complementar presente, de maneira acertada, entre as PICS dispostas pelo SUS, na busca pelo tratamento das doenças como preconiza a OMS (1983), a partir da introdução dos saberes tradicionais e também das práticas da medicina complementar e alternativa (CAM) que contemplam o paciente de maneira holística, considerando-o como um ser multidimensional e integral. Além das linhas de vivências que oportunizaram um diálogo de consciência corporal, bem como a verbalização, por parte do grupo de intervenção, dos seus anseios e desejos, preocupações, percalços, além de muitos outros enfrentamentos pertinentes ao universo de uma doença que hoje é considerada crônica, por permitir controle, deixando de ser um prenúncio de morte.

Destarte todas as práticas e políticas traçadas como parte de um projeto que juntou tratamentos com retrovirais e questões profiláticas pertinentes à Saúde Pública, a presença da HIV/AIDS é rodeada de preconceitos que discriminam uma população estigmatizada pela ignorância que, até certo tempo, quando os estudos apontavam para indivíduos do sexo

masculino e homossexuais, boa parte pertencente ao grupo da classe média e rica, que até meados da década de 1980 conhecia, ou pelo menos era divulgada, a transmissão via sexual. O que aumentava e muito, o tabu em torno da doença que vitimou e continua a fazer vítimas sem levar em consideração gênero, idade e condição social.

Procurando responder os objetivos da pesquisa acerca dos impactos da intervenção da Biodanza nos pacientes vivendo com HIV/AIDS, consideramos um aspecto positivo e satisfatório já no início, quando parte dos pacientes relataram o uso de terapias alternativas no controle dos sintomas da doença e dos efeitos colaterais da medicação, apesar da eficácia das terapias antirretrovirais utilizadas com uma grande taxa de sucesso na supressão do progresso da doença. Assim, o que se procura é uma melhor convivência com essa cronicidade, sobretudo nos cuidados cotidianos fora do ambulatório do complexo hospitalar.

Outro aspecto positivo mostrado nesse estudo, que contribui para mensurar a qualidade de vida dos pacientes estudados é que os avanços terapêuticos no campo da AIDS que reduziram a taxa de morbimortalidade, a cronicidade e a melhoria da qualidade de vida alcançam um potencial positivo em ganhos psicológicos que contribuem para que a imunidade se mantenha estável, o que ficou estabelecido pelos números apresentados por meio do uso estatístico. Consideramos ainda que muitas pesquisas ainda devem vir nesse panorama das PICs em paralelo aos procedimentos biomédicos, mas esses estudos, certamente validarão o que vem sendo apresentado e diz respeito à realidade dos pacientes vivendo com HIV/AIDS e os desafios para o seu enfrentamento. Assim, informações que identificam fatores positivos nessa maneira de enxergar um aumento da sobrevida com qualidade se somam aos planos terapêuticos que promovam resultados satisfatórios no cuidado e consequentemente na saúde do indivíduo, que não seja apenas o uso de fármacos, nem que a medida seja tão somente uma contagem de células, mas que outros fatores como aceitação, afetividade e consciência, além de outros significativos para a condição humana, sejam levados em consideração.

Cumprimos com os objetivos traçados e, parte do que apresentamos foi referendado na escolha metodológica que desenvolveu uma pesquisa do tipo ensaio clínico intervencionista, caso controle. Nesse lugar, alguns aspectos podem ser considerados importantes e merecem apontamento: que é possível, mesmo dentro de uma instituição pública, com uma carga de estigma bastante vinculada que é o espaço das doenças infectocontagiosas, realizar junto a um grupo de pacientes com o tratamento adequado e efetivo controle da doença, realizar práticas integrativas e complementares, contribuindo para evidenciar o importante papel das PICs nas políticas públicas de saúde; no que diz respeito às melhoras na qualidade de vida dos pacientes

HIV/AIDS, a associação entre o uso de medicamentos e as PICs, se não mudam o quadro viral da doença, certamente contribui para que o sistema imunológico se mantenha estável, uma vez que há sobre esse binômio paciente/doença um olhar mais humanizado, tanto da instituição, quanto dos profissionais de Saúde envolvidos.

Como se afirmou neste trabalho, cerca de 30 a 50% dos pacientes infectados com HIV apresentam transtorno psiquiátrico ou estresse emocional, sendo considerado elevado também o número de pacientes suicidas.

Estudos indicam também que ao receber um diagnóstico de HIV pode resultar em consequências psicossociais significativas, como interrupções na trajetória e objetivos de vida, senso de si, relacionamentos com os outros e participação em atividades sociais e ocupacionais, o que inclusive contribui para aumentar seus sentimentos de isolamento. Nesse sentido, o bom gerenciamento do estresse é de fundamental importância para o portador do HIV, posto que a existência da doença afeta não apenas a sua saúde física, mas também âmbitos emocionais e relacionais da sua vida e que interferem na sua qualidade de vida.

Considerando os resultados desta investigação, e tomando como referência o instrumento de quantificação da Carga Viral, TCD4+ e relação TCD4+ / TCD8+, e também o WHOQOL-120 HIV, medida de qualidade de vida, que avalia diferentes domínios, utilizando pré e pós testes, verificou-se que após 6 meses de intervenção de Biodanza em pacientes com AIDS não foram apresentadas modificações significativas no status imunológico e virológico dos pacientes. Entretanto, observou-se a manutenção da estabilidade, isto é, um status controlado.

Foi registrado neste trabalho que os maiores desafios psicossociais que os pacientes vivendo com HIV/AIDS enfrentam estão relacionados com a discriminação, o estigma e os desafios de relacionamento amoroso com a divulgação da condição de viver com a AIDS (p.46). O medo da rejeição é destacado em pesquisas sobre a vida das pessoas que vivem com AIDS e se considera que ele promove sentimentos conflitantes, podendo ser superados caso seja realizado um processo de aprendizagem que envolva a superação do preconceito, do estigma, do julgamento social e a elevação da auto estima (p.44).

Pode-se registrar como resultado desta pesquisa que os pacientes com HIV apresentaram no pós-teste três elevações significativas, a partir da utilização do questionário WHOQOL-120 HIV, para avaliar a qualidade de vida.

O primeiro aumento encontrado está no domínio psicológico, especificamente no que se refere aos sentimentos positivos. Estes indicadores estão relacionados com a valorização e a

confiança em si, apontando para uma relação com as linhas de vivência de Vitalidade e Afetividade.

A linha de vivência da Vitalidade, tal como é apresentada, está organizada para potencializar o instinto de conservação e o desenvolvimento da capacidade do indivíduo enfrentar o mundo. Constatar um aumento nos sentimentos positivos - na “força vital”, utilizando-se a expressão da Biodanza -, sobretudo em pacientes de HIV é relevante, posto que isso gera mais confiança na sua capacidade de lidar com os problemas e, conseqüentemente, os fortalecem para lidar diariamente com o medo de morrer. Por sua vez, e também no domínio psicológico, tem-se a relação com a linha da afetividade, especificamente no que se refere à evolução na restauração da autoimagem e da autoestima, além do distanciamento de impulsos autodestrutivos que envolvem a discriminação.

O segundo aumento diz respeito ao domínio ERCP, especificamente no que tange ao perdão. Verificou-se que os pacientes tiveram um aumento na sua capacidade de perdoar o outro, especialmente quando se trata de acusações com relação ao seu estado de adoecimento. Observa-se, portanto, uma melhoria na qualidade dos vínculos que o paciente passou a estabelecer com o outro, buscando mecanismos para conviver com qualidade, eliminando toxidade nas relações interpessoais. A natureza desta mudança está relacionada com a linha de Afetividade, trabalhada pela Biodanza.

A terceira elevação está situada no domínio social, especificamente com relação à sexualidade. Observou-se que após a intervenção da Biodanza os pacientes de HIV tornaram sua vida sexual mais ativa. Esta questão está associada à linha de vivência da Biodanza denominada Sexualidade, que está organizada para reabilitar a capacidade de sentir prazer, reforçando a própria sensibilidade para encontrar formas que conduzem a ele.

Além disso, a linha de vivência da Sexualidade tende a estimular o despertar do desejo e, portanto, o contato, buscando inclusive a superação do medo da rejeição. Constatar um aumento no domínio social especificamente com relação à vida sexual é relevante, posto que o corpo do paciente com AIDS é negado socialmente como fonte de prazer.

Após essas constatações, verifica-se em síntese que, após 6 meses de Biodanza, pacientes com HIV mantiveram o status imunológico e virológico controlado, tendo sido verificadas alterações positivas com relação ao domínio psicológico (valorização/confiança), ao domínio aspectos pessoais (perdão) e ao domínio social (vida sexual). Considerando os aportes próprios da Biodanza, pode-se afirmar que as linhas de Vitalidade, Afetividade e

Sexualidade apresentaram maior evolução naqueles pacientes, logrando resultados mais evidentes.

Ao finalizar esta investigação, recomenda-se que novos estudos sejam realizados para o aprofundamento desses achados, especificamente para verificar em pacientes com HIV as alterações nos três domínios - psicológico, aspectos pessoais e social - por no mínimo um ano, a fim de configurar o ciclo inicial completo de um grupo inicial, atentando de forma especial para a evolução nas linhas de vitalidade, afetividade e sexualidade que, desde esta investigação, já apontam resultados positivos.

Esperamos ter contribuído com estudos que associam o exercício clínico com a medicina alternativa, por meio das vivências de Biodanza, consideramos ter apresentado uma investigação que somou estatística e sensibilidade, delineando os contornos dos domínios e facetas trazidos pelo questionário WHOQOL-120-HIV no sentido de reconhecer que todos os esforços empreendidos na compreensão de que saúde não quer dizer necessariamente a ausência da doença, mas a forma como as pessoas concebem e praticam o enfrentamento. será na qualidade de vida e na multifatorialidade que isso possa representar que reside o ser saudável, ou seja, equilibrado, apesar das lutas cotidianas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.M.S.; OLIVEIRA, C.P.F. Saúde e doença significações e perspectivas em mudança, **Millenium-revista do ISPV**, nº25, janeiro,2002 [acessado 2019 jul. 26]. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm

ANDRADE, H.A.S.; SILVA, S.K.; SANTOS, M.I.P.O. AIDS em idosos: vivências dos doentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**; v.14, 2010.,p.712-9,

AREIAS, José Carlos. **A música, a saúde e o bem-estar. Nascer e crescer.** v.25 n.1 Porto, mar. 2016.

BARROS, Nelson Filice. **Práticas Integrativas em Saúde: a Margem, o Núcleo e a Ambivalência em Práticas integrativas em saúde:** proposições teóricas e experiências na saúde e educação / Organizador: Alexandre Franca Barreto. Recife: Editora UFPE, 2014. p. 345. Disponível em: http://www.neplame.univasf.edu.br/uploads/7/8/9/0/7890742/livro_praticas_integrativas_em_sa%C3%BAde_versao_final.pdf> Acesso em 20 out. 2019.

BEZERRA, Ricardo José Lima. **Afetividade como condição para a aprendizagem:** Henri Wallon e o desenvolvimento cognitivo da criança a partir da emoção. V. 4, jul. a dez. 2006, p, 20-21.

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>> Acesso em 16 out. 2019.

BRASIL. **PORTARIA Nº 849**, DE 27 DE MARÇO DE 2017. Disponível em: <http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/21/1.pdf>> Acesso em: 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático:** práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: 2018. 180 p. ISBN 978-85-334-2583-5 1. Práticas Integrativas em saúde. 2. Práticas complementares em saúde. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>>

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 130 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84) ISBN 978-85-334-0547-9

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS, 2008**. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2008/manual-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas-vivendo-com-hiv-e-AIDS-2008>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contagem de células T CD4⁺ e testes de carga viral: principais marcadores laboratoriais para indicação e monitorização do tratamento anti-retroviral**. Brasília, Unidade de Assistência e Unidade de Laboratório da Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1998. v. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de vigilância em saúde. v. 49 , n. 53, 2018. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivAIDS-2018>>, Acesso em: 14 out. 2019. CDC, 13 jun. 1984, p.1. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000368.htm>> Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Ano de 2013. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Julho de 2017 a junho de 2018. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivAIDS-2018>> Acesso em: 14 out. 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Última atualização:17/12/2018 – 14:21. Disponível em:<<http://www.AIDS.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>>

BRENNAN, Barbara Ann. **Mãos de luz: um guia para a cura através do campo de energia humana**. Tradução Octavio Mendes Cajado. 22ª ed. São Paulo: Pensamento, 2018. Título original : Hands of light : a guide to healing through the human energy field.

CÂMARA, Beatriz de Lima; MOTTA, Simone Nunes. **De lagarta à borboleta: a Biodanza como ferramenta na construção do educador biocêntrico: Monografia apresentada à Associação Escola de Biodanza Rolando Toro do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de facilitador de Biodanza**. Rio de Janeiro, 2015 , p.36

CAMPANA, A. O., PADOVANI, C. R., IARIA, C. T., FREITAS, C. B. D., DE PAIVA, S. A. R., HOSSNE, W. S. **Investigação científica na área médica**. 1st ed. São Paulo: Manole; 2001.

CRUZ, Sérgio. **Pensamento Biocêntrico** Número 18 Julho / Dez. 2012 , p.11, Disponível em: <http://www.biodanzahoy.cl/revista/pensamento_biocentrico_18.pdf>

ESCOLA DE BIODANZA. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.biodanzario.com.br/oqueebiodanza.php>

FERREIRA, Brunno Elias; OLIVEIRA, Isabele Mendes; PANIAGO, Ana Maria Mello Miranda. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 75-84,

Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100007>.

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**, v.5, n.1, p.33-38, 2000. Disponível em:
<<https://www.scielo.org/pdf/csc/2000.v5n1/33-38/pt>> Acesso em 18 out. 2019.

FLORES, Feliciano Edi Vieira. **Vida é dança: Biologia e expressão existencial**. Porto Alegre: Logikalmedia/Evangraf, 2018.

FREITAS, Filipi. **Consciência e Biodanza**, epistemologia e vivência para o ser universal. Monografia para obtenção do título de professor de Biodanza. Escola de Biodanza sistema Rolando Toro de Belo Horizonte, 2009. Disponível em:
<<https://pt.scribd.com/document/52836296/CONSCIENCIA-E-BIODANZA-EPISTEMOLOGIA-E-VIVENCIA-PARA-O-SER-UNIVERSAL-FILIFE-FREITAS>>

GÓIS, Cezar Wagner de lima. **Vivência e identidade: uma visão biocêntrica**, 3º ed. Fortaleza, 2009.

GALVÃO, Jane. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo** / Jane Galvão. - Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GALVAO, Marli Teresinha Gimenez; PAIVA, Simone de Sousa. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1022-1027, dez. 2011. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 21 nov. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600006>.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GODOY, Maria Tereza Búrgio Marcondes. **Critérios para a seleção de músicas em biodanza Pelotas**. N=n.9, jan/jun 2008. Disponível em:
<<http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/revista-09-07.pdf>>

GÓIS, C. W. L. **Biodanza: identidade e vivência**. Fortaleza: Edições Instituto Paulo Freire do Ceará, 2002.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Conversas Sobre Iniciação à Pesquisa Científica**. São Paulo: Alínea, 2018.

GRÜN, A.; DUFNER, M. **Espiritualidade a partir de si mesmo**. Tradução de Herbert de Gier e Carlos Almeida Pereira. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013, p. 7-9.

HOCHMAN, Bernardo; NAHAS, Fabio Xerfan; OLIVEIRA FILHO, Renato Santos de; FERREIRA, Lydia Masako. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, vol.20, suppl.2, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>> Acesso em 20 out. 2019.

KOENIG, H.G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê.** São Paulo: Fé Editora Jornalística, 2005, V. 46, 2ª ed., Fev. 1999, Páginas 165-176 Fevereiro de 1999, páginas 165-176 Disponível em: <https://www.academia.edu/3638904/A-espiritualidade-no-cuidado-com-o-paciente> acesso em: 30 out. 2019

KRAEMER, Cláudio. **Anjos e Bonsais: a dança entre o amor e a liberdade.** Porto Alegre: Editora Alternativa, 2017.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da AIDS no Brasil.** 1983-2003, v.1: as respostas governamentais à epidemia de AIDS. 466 p. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2015.

LEÃO, Eliseth Ribeiro. Reflexões sobre música, saúde e espiritualidade Reflections on music, health and spirituality Reflexiones acerca de la música, de la salud y de la espiritualidade. **O Mundo da Saúde.** São Paulo. Abr/jun v.31, n.2, 2007, p.294. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/17_Reflexoes.pdf> Acesso em: 24 nov. 2019

LEMOS, Sanclair. **Revista pensamento Biocêntrico.** n. 3, Pelotas, abr./jun. 2005, p. 15.

LITTLEWOOD, Rae A.; VANABLE, Peter A. Uso de Medicina Complementar e Alternativa entre Pessoas HIV +: Síntese de Pesquisa e Implicações para o Tratamento de HIV. **AIDS care** 20.8 (2008): 1002–1018. PMC. Rede. 28 abr. 2018.

MARQUES, Luciana Fernandes. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 23, n. 2, p. 56-65, junho de 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000200009&lng=en&nrm=iso>. acesso em 27 de novembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000200009>

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. p. 41-65, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27Nov.2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000400003>.,

MACAPAGAL, K.R.; RINGER, J.M.; WOLLER, S.E.; LYSAKER, P.H. Narrativas pessoais, enfrentamento e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV. **J Assoc Nurses AIDS Care.** v, 23 n.4, 2012, p.361-365. doi: 10.1016 / j.jana.2011.08.011.

MONTEIRO, Ana Lúcia; VILLELA, Wilza Vieira. A criação do Programa Nacional de DST e AIDS como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental

brasileira. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 25-45, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em: 05 out. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.

NETO, J. F. R.; LIMA, L. S.; ROCHA, L. F.; LIMA, J. S.; SANTANA, K. R.; SILVEIRA, M. F. Uso de práticas integrativas e complementares (PIC) por pacientes adultos infectados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no norte de Minas Gerais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 159-172, jan./mar. 2010.

OMS, 2002, **Manual do usuário Whoqol HIV-120**, Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

OLIVEIRA, Carmem Aparecida de Freitas. **Estimativa da incidência de infecção pelo HIV com amostras de soro de gestantes e de usuários de CTA encaminhadas para diagnóstico, empregando o algoritmo de testes sorológicos para infecção recente pelo HIV (STARHS)**. São Paulo, 2006. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.) Disponível em: [Tese_CCD_Oliveira_Carmem_Ap._de_Freitas_2006.pdf](#), Acesso em: 05 out. 2019

PEDROSO, Bruno; GUTIERREZ, G.L., DUARTE, E., PILATTI, L.A. Avaliação da Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS: uma visão geral dos instrumentos WHOQOL-HIV e WHOQOL-HIV-BREF, **Conexões: Educação Física, Esporte e Saúde**, 2012.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fis. esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>.)

PASINATTO, Susana. **Criatividade e Biodanza**: a trama que qualifica as relações entre crianças , Florianópolis, abril de 2007. Dissertação apresentada à banca examinadora, constituída pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, na Linha de Pesquisa Educação e Movimentos Sociais, sob a orientação da Profª Drª. Ana Maria Borges de Sousa

PELIZZOLI, M. L. Reflexões sobre espiritualidade e materialismo espiritual. In: José Policarpo Junior. (Org.). **Educação e Formação Humana**. Recife: Instituto de Formação Humana / AMAZON.COM, 2014, v. , p. 78-92.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de

vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fis. esporte.** São Paulo. v. 26, n. 2, p. 241-250, Jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>>

POSSEBON, Elisa G.P. **O universo das emoções**: uma introdução. João Pessoa: Libellus, 2017.

RACHID, MARCIA; MAURO SCHECHTER. **Manual de hiv/AIDS**. 10ª ed, p.07. Rio de Janeiro: thieme revinter publicações Ltda.

REIS, Alice Casanova dos. Subjetividade e experiência do corpo na Biodança. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1103-1123, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 nov. 2019.

REIS, Alice Casanova. Biodança: a dança da vida, **Revista Pensamento Biocêntrico**. Pelotas, n. 11, jan./jun. 2009

RIBEIRO, K.G; GÔIS, C. W de L. **Estado Regressivo e Saúde Percebida em Biodanza**. Fortaleza: UFC, 2005.

RIBEIRO, Kelen Gomes. **Biodança e saúde percebida: um olhar biocêntrico sobre a saúde**, Fortaleza, 2008.

RODRIGUES, Karine Mendonça. Terapias Integrativas e Complementares: itinerário terapêutico e espiritualidade, uma possível reflexão, **Revista Contratempo**. V. 2, n.1, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/contraponto/article/view/54396/33257>> Acesso em 23 out. 2019.

SALOMÃO, Reinaldo. **Infectologia**: Bases clínicas e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SANTOS, Maria Lucia pessoa; et al. **Biodanza Clínica**: atenção a saúde e cuidado com a vida, Belo Horizonte. 2013, 234p.

SANTOS, Maria Lúcia Pessoa; ACÁCIO, Jorge. **Biodanza 360 Graus**: metodologia e aplicabilidade, Belo Horizonte, 2017, 2016 p.

SANTOS, Maria Lúcia Pessoa, **Biodanza e plenitude**. 2º ed. Belo Horizonte, 2019, 284p

SOARES, Maria Socorro de. **Grito de dor e canção do amor**. Uma visão humanística da AIDS na perspectiva da espiritualidade. João Pessoa: Editora Universitária /UFPB,2005, 172p.

SILVEIRA FILHO, Otton Teixeira. **Uma visão do Sagrado e do Profano/ A Biodanza como Afirmção da Vida**. Rio de Janeiro, 2007 Monografia (Especialização) – Associação Escola de Biodanza do Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.biodanzario.com.br/downloads/Biodanza_como_afirmacao_da_vida.pdf?> Acesso em: 24 nov. 2019

SOUSA, Islândia. M.C.de et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, nov. 2012.

TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto Carneiro. **Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 2ª Ed. São Paulo, Atheneu, 2007.

TAVARES, Danielle. Modelo teórico da biodanza: uma visão onto-bio-cosmológica ; **revista pensamento Biocêntrico**, Pelotas, n. 21, JAN-JUN. 2014, p.7-8. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1233-1234/#>> Acesso em: 10 nov. 2019.

TORO, Rolando. **Biodanza**. 2002, Escola paulista de Biodanza. editora Olavobrás.

TORO, Rolando. **Teoria da Biodança**, coletânea de textos. TOMO I, volume I, 1991, editora ALAB.

TORO, Rolando. **Coletânea de Textos de Biodanza**. Org. GÓIS, C. W. de L. Escola Nordestina de Biodanza, 1982, 2ª ed. Fortaleza: Editora ALAB, 1991.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

THE LANCET HIV: **Sobrevivência de pacientes HIV positivos que iniciaram terapia anti-retroviral entre 1996 e 2013**: uma análise colaborativa de estudos de coorte – V. 4, N. 8, 01 ago. 2017, E321-E374. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(17\)30066-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30066-8/fulltext)> Acesso em 15 out. 2019.

TONIOL, R. Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. São Paulo: **LiberArs**, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1233-1234/#>> Acesso em: 10 nov. 2019.

TOVO, C. V., SANTOS, D. E., MATTOS, A. Z., MATTOS, A. A., SANTOS BR, GALPERIM B. Evaluation of the cellular immunity in patients coinfectd by the hepatitis C virus and the human immunodeficiency virus. **Arq Gastroenterol**. 2007;44(2):113-7

UFRGS. Qualidep - **Qualidade de vida Projeto /Whoqol-BREF**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-bref>. Acesso em: 21 de out. de 2020.

ULLA, S. M.; REMOR, E. Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: Realidade ou ficção? **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.15, n.1, 202, p.113-119.

UNAIDS. **Relatório Informativo**: atualização global da AIDS 2019. Disponível em: <unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2019/07/2019_UNAIDS_GR2019_FactSheet_pt_final.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019

VERONESI-FOCACCIA. **Tratado de infectologia**. Editor científico Roberto Focaccia. 5. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

VIANNA, L.A.C. **Processo saúde-doença**: Especialização em Saúde da Família. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP, 2012, p.8. Disponível em:
<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades.../unidade01.pdf>
Acesso em: 26 jun. 2019.

VIESENTEINER, Jorge Luiz. O conceito de vivência (Erlebnis) em Nietzsche: gênese, significado e recepção. **Kriterion**, Belo Horizonte, v. 54, n. 127, p. 141-155, jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de novembro de 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-512X2013000100008>.

WHO, 1998. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/>

ZIMPE; R.R., FLECK, M.P. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the World Health Organization Quality of Life-HIV, Brazilian version. **AIDS Care**; v.19, n. 7, 2007, p.923-30.

TORO, Rolando – **TEORIA DA BIODANÇA – COLETÂNEA DE TEXTOS – TOMO I**. Organização e Edição Associação Latino Americana de Biodança – ALAB. Fortaleza-Ce. 1991

MUTUMBA M, BAUERMEISTER JA, MUSIIME V, BYARUHANGA J, FRANCIS K, SNOW RC, TSAI AC. Psychosocial challenges and strategies for coping with HIV among adolescents in Uganda: a qualitative study. **AIDS Patient Care STDS**. 2015 Feb;29(2):86-94. doi: 10.1089/apc.2014.0222. Epub 2015 Jan 21. PMID: 25607900.

SILVA, Rafael Tavares Silveira et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com aids frente à situação da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, n. , p. e2985, jan. 2018. ISSN: 1518-8345. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2284.2985>. Disponível em:
<<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/144190>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

UNAIDS. **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS BRASIL**
Disponível em : https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf

SEIDL, Eliane Maria Fleury. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV / Aids. **Psicol. estud.** , Maringá, v. 10, n. 3, pág. 421-429, dezembro de 2005. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300010&lng=en&nrm=iso>. acesso em 21 de novembro de 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300010>

ANEXO – I – Carta de anuência



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA – C.H.C.F.

**GOVERNO DA PARAÍBA**

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Autorizo a realização da pesquisa intitulada "A Biodança nos pacientes com HIV/AIDS: intervenção e efeitos," desenvolvida pela Médica Dra. Francisca Maria Luz, sob orientação do Professor Dr. Fabrício Possedon. Dissertação apresentada à Comissão de Seleção do Curso de Mestrado em Ciências das Religiões como requisito básico para candidatura ao Processo Seletivo 2018, inscrito na Linha Espiritualidade e Saúde. - da Universidade Estadual da Paraíba - UFPB. A pesquisa tem como objetivos; Avaliar quais os efeitos da intervenção da Biodança nos pacientes portadores HIV/AIDS em Hospital de referência para doenças infectocontagiosas, analisar as atitudes dos participantes e seus relatos sobre as mudanças no comportamento após as sessões de Biodança e verificar qual o impacto que a Biodança promoveu em relação a melhoria na adesão aos tratamentos específicos para HIV/AIDS e na evolução da doença.

Conforme projeto apresentado ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosa Dr. Clementino Fraga (CHCF).

O início da coleta de dados só está autorizado após aprovação da referida pesquisa no Comitê de Ética, de acordo com a Resolução do N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para realização da coleta de dados pesquisador deverá se apresentar ao NEP/CHCF e seguir Normas e rotinas desta Unidade Hospitalar, e obter o consentimento dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Pesquisadora deverá se apresentar ao NEP/CHCF os resultados finais do trabalho realiza

João Pessoa-PB 02 de abril de 2019.

Thais Maira de Matos

Thais Maira de Matos
Diretora Geral

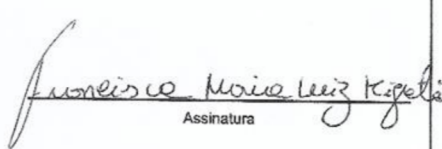
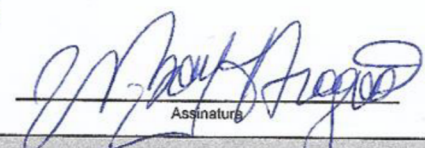


O C.H.C.F. Fazendo saúde pública com qualidade

**SUS**

Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga - C.N.P.J. 08.778.268/0005-94
Rua: Ester Borges Bastos, s/n - Jaguaribe - CEP: 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 32185449 - Fax: 3218 5416
E-mail: cep_chcf@hotmail.com

ANEXO II – Folha de rosto para pesquisa com seres humanos (Plataforma Brasil)

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: A Biodança nos pacientes com HIV/AIDS: intervenções e efeitos			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 20			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: FRANCISCA MARIA LUIZ KIGUTI			
6. CPF: 012.158.344-97		7. Endereço (Rua, n.º): MARIA DAS DORES SOUZA ALTIPLANO CABO BRANCO NUMERO 60 JOAO PESSOA PARAIBA 58048095	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 83988821246	10. Outro Telefone:
		11. Email: tininhaluizaraujo@hotmail.com	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 06 / 06 / 2019		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal da Paraíba		13. CNPJ: 24.098.477/0001-10	
14. Unidade/Órgão: CENTRO DE EDUCAÇÃO		15. Telefone: (83) 3216-7444	
		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: Wilson Honorato Aragão		CPF: 132409864-34	
Cargo/Função: Diretor do Centro de Educação			
Data: 06 / 06 / 2019		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		Wilson Honorato Aragão Diretor do CEUEPB SIAPE 11176381	

ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa intitula-se “A Biodanza nos pacientes com HIV/AIDS: intervenções e efeitos”, realizada com os pacientes assistidos no ambulatório de um hospital de referência na cidade de João Pessoa/Pb. Será desenvolvida por FRANCISCA MARIA LUIZ KIGUTI, aluno do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES – Nível Mestrado, do Centro de Educação, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. FABRÍCIO POSSEBON.

O estudo tem como objetivo geral: Avaliar quais os efeitos da intervenção da Biodanza nos pacientes portadores HIV/AIDS em hospital de referência para doenças infectocontagiosas e como objetivos específicos: Analisar as atitudes dos participantes e seus relatos sobre as mudanças no comportamento após as sessões de Biodanza; Verificar qual o impacto que a Biodanza promoveu em relação a melhoria na adesão aos tratamentos específicos para HIV/AIDS e na evolução da doença.

A finalidade deste trabalho é o de verificar se a introdução de práticas alternativas complementares, no caso específico da Biodanza, poderá dentro do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosas Dr. Clementino Fraga, com pacientes com HIV/AIDS, promover algum impacto na melhora da qualidade de vida, na adesão aos tratamentos farmacológicos, aceitação, recuperação da autoestima e melhora da condição imunológica dos participantes.

Os resultados deste levantamento ajudarão na validação das práticas de Biodanza dentro da instituição hospitalar influenciando na tomada de decisões e projetos de intervenção por parte dos gestores da instituição.

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, vivendo com HIV/ AIDS, atendidos na instituição escolhida como cenário da pesquisa de diferentes condições socioeconômicas.

Os critérios de exclusão serão: indivíduos adultos, de todos os gêneros, vivendo com HIV/AIDS, atendidos na instituição escolhida como cenário da pesquisa, 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, no entanto poderá ocorrer um desconforto psicológico, para que isso não venha a ocorrer, será escolhido um local privado, sem a presença de pessoas alheias ao estudo, 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 e divulgação da identidade.

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

solicitudes 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.

A pesquisadora responsável 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.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, e dou o meu consentimento para dela participar e para a publicação dos resultados. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa _____ (identificar o CEP). Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

João Pessoa-PB, de 2019.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Francisca Maria Luiz – Contato – (83) 988821246 – E-mail: tininhaluizaraujo@hotmail.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

WHOQOL-120 HIV

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Genebra

Versão em Português

Departamento de Saúde Mental e Dependência Química
Organização Mundial da Saúde
CH-1211 Genebra 27
Suíça

Direitos autorais protegidos © Organização Mundial da Saúde [2002]

Este documento não é uma publicação formal da Organização de Saúde Mundial (OMS) e todos os direitos são reservados pela Organização, não podendo ser vendido ou ser usado para propósitos comerciais.

INSTRUMENTO WHOQOL-120 HIV

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

<i>Quanto você se preocupa com sua saúde?</i>				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você deseja indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 (F1.2.1) Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 (F1.2.3) Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 (F1.2.5) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 (F2.1.3) Quão facilmente você fica cansado(a)?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 (F2.2.4) O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 (F4.1.3) Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 (F4.2.3) O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F50.1 (AF2.1) O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico

desagradável relacionado à sua infecção por HIV?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F50.2 (SF1.5) Em que medida você tem medo de uma possível dor (física) no futuro?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F50.4 (AF2.4) Em que medida você se sente incomodado pelo medo de vir a ter qualquer problema físico desagradável?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 (F6.1.6) O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 (F6.1.2) O quanto você aproveita a vida?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 (F6.1.4) Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 (F8.1.1) O quanto você se valoriza?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 (F8.1.3) Quanta confiança você tem em si mesmo?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 (F9.1.3) Você se sente inibido(a) por sua aparência?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 (F9.1.4) Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 (F10.1.3) Quão preocupado(a) você se sente?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 (F10.2.2) Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 (F10.2.3) O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 (F10.2.3) Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 (F12.2.4) Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as

atividades do dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 (F13.1.3) Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 (F13.1.4) Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 (F13.2.2) Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 (F17.1.3) Quão sozinho você se sente em sua vida?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 (F3.1.2) Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 (F3.2.3) Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 (F20.1.2) Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 (F20.1.3) Você acha que vive em um ambiente seguro?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 (F20.2.2) O quanto você se preocupa com sua segurança?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 (F21.1.1) Quão confortável é o lugar onde você mora?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 (F21.2.4) O quanto você gosta de onde você mora?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 (F23.1.5) Você tem dificuldades financeiras?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 (F23.2.4) O quanto você se preocupa com dinheiro?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 (F24.1.1) Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 (F26.2.2) O quanto você aproveita o seu tempo livre?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 (F27.1.2) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 (F27.2.4) Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 (F28.1.4) Em que medida você tem problemas com transporte?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 (F28.2.3) O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F50.3 (AF2.3) Em que medida você sente que qualquer problema físico desagradável o impede de fazer coisas que são importantes para você?

nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
1	2	3	4	5

F7.1 (F9.1.2) Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 (F12.1.1) Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 (F13.1.1) Quão dependente você é de medicação?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 (F18.1.2) Você consegue dos outros o apoio que necessita?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 (F18.1.5) Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F51.1 (AF5.1) Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece?

Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
1	2	3	4	5

F51.3 (AF5.3) Em que medida você se sente aceito pela sua comunidade?

Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
1	2	3	4	5

F51.4 (AF5.5) O quanto você se sente afastado, alheio, distante emocionalmente dos outros e das pessoas que lhe rodeiam?

Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
1	2	3	4	5

F17.2 (F21.1.2) Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 (F23.1.1) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 (F25.1.1) Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 (F25.1.2) Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 (F26.1.2) Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 (F26.1.3) Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 (F28.1.2) Em que medida você tem meios de transporte adequados?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz* ou *bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a

respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 (G2.1) Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 (G2.2) Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 (G2.3) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 (F2.2.1) Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 (F4.2.2) Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 (F7.2.1) Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 (F7.2.3) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

muito	insatisfeito	nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
-------	--------------	----------------	------------	------------------

insatisfeito		nem insatisfeito		
1	2	3	4	5

F6.3 (F8.2.1) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 (F8.2.2) Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 (F9.2.3) Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 (F12.2.3) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 (F17.2.3) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 (F3.2.1) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 (F18.2.2) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito	insatisfeito	nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
-------	--------------	----------------	------------	------------------

insatisfeito		nem insatisfeito		
1	2	3	4	5

F14.4 (F18.2.5) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 (F19.2.1) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 (F20.2.3) Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 (F21.2.2) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 (F23.2.3) Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 (F24.2.1) Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 (F24.2.50) Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
--------------------	--------------	----------------	------------	------------------

insatisfeito		nem insatisfeito	
1	2	3	4
			5

F20.3 (F25.2.1) Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 (F25.2.2) Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 (F26.2.3) Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 (F27.2.1) Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho,

atrativos)?				
muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 (F27.2.3) Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 (F28.2.2) Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 (F17.2.1) Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 (G1.1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 (F3.1.1) Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 (F4.1.1) Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 (F7.1.3) Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 (F24.1.5) Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas

coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se às **duas últimas semanas**.

F1.1 (F1.1.1) Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 (F6.1.3) Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 (F10.1.2) Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F51.2 (AF5.2) Com que frequência você sente que é discriminado devido à sua condição de saúde?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "trabalho" que você faça. *Trabalho* aqui significa

qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se às **últimas duas semanas**.

F12.1 (F16.1.1) Você é capaz de trabalhar?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 (F16.1.2) Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 (F16.2.1) Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 (F16.1.3) Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "*quão bem você é capaz de se locomover*" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 (F11.1.1) Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 (F11.2.2) O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 (F11.2.3) Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 (F11.2.1) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se às **duas últimas semanas**.

F24.1 (F29.1.1) Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 (F29.1.3) Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 (F29.2.2) Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 (F29.2.3) Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F52.2 (AF7.3) Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F52.3 (AF7.4) Quão culpado você se sente por ser HIV + ?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F52.4 (SF6.8) Em que medida você se sente culpado quando necessita da ajuda ou do cuidado dos outros?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F53.1 (AF8.1) Em que medida você se preocupa que a sua condição de HIV interrompa a possibilidade de continuar a sua família e as futuras gerações?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F53.2 (AF8.2) Em que medida você está preocupado em como as pessoas lembrarão de você quando morrer?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F53.3 (AF9.4) Em que medida lhe incomoda sentir que seu sofrimento é determinado pelo destino?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F53.4 (SF8.5) O quanto você tem medo do futuro?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F54.1 (AF10.1) O quanto você se preocupa com a morte?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F54.2 (AF10.3) Quão perturbado você está com a idéia de não poder morrer da maneira como você gostaria?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F54.3 (AF10.6) Quão preocupado você está em relação a como e onde você morrerá?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F54.4 (AF10.7) Quão preocupado você está em relação à possibilidade de sofrer antes de morrer?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F52.1 (AF7.2) O quanto você se culpa pela sua infecção pelo HIV?

Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
1	2	3	4	5

ANEXO V – Questionário da pesquisa

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. **NOME:** _____
2. **IDADE:** _____
3. **SEXO:** () FEMININO () MASCULINO
4. **PROFISSÃO:** _____
5. **ESTADO CIVIL:**
() SOLTEIRO(A) () CASADO(A) () UNIÃO ESTÁVEL () VIUVO (A)
6. **LOCAL NASCIMENTO:** _____
7. **COR:** () BRANCA () NEGRA () PARDA
8. **ESCOLARIDADE:**
() ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
() ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO
() ENSINO MÉDIO INCOMPLETO
() ENSINO MÉDIO COMPLETO
() ENSINO SUPERIOR
9. **RELIGIÃO:**
() CATÓLICA
() EVANGÉLICA
() ESPÍRITA
() NÃO TENHO RELIGIÃO
() OUTRA: _____
10. **RENDA FAMILIAR:**
() DE 1 A 2 SALÁRIOS-MÍNIMOS
() DE 2 A 3 SALÁRIOS-MÍNIMOS
() DE 3 A 5 SALÁRIOS-MÍNIMOS
() DE 5 A 10 SALÁRIOS-MÍNIMOS
11. **FILHOS:** () NENHUM () SIM, QUANTOS: _____
12. **TRABALHO REMUNERADO:** () NÃO () SIM
13. **COM QUEM VIVE:**
() FAMILIARES () CÔNJUGE E FILHOS () COM AMIGOS
() SOZINHO () COMPANHEIRO(A)

Agradecemos a Colaboração!