

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

**RELIGIOSIDADE/ ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE *COPING* NA
ADESÃO E NO ABANDONO DO TRATAMENTO EM PESSOAS VIVENDO COM O
HIV**

RAFAELA DUARTE MOREIRA

João Pessoa
2020

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

**RELIGIOSIDADE/ ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE *COPING* NA
ADESÃO E NO ABANDONO DO TRATAMENTO EM PESSOAS VIVENDO COM O
HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba – PPGCR/CE/UFPB, como exigência para obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Ana Paula Rodrigues Cavalcanti

RAFAELA DUARTE MOREIRA

João Pessoa
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na publicação Seção de Catalogação e Classificação

M838r Moreira, Rafaela Duarte.

RELIGIOSIDADE/ ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE
COPING NA ADEÇÃO E NO ABANDONO DO TRATAMENTO EM PESSOAS
VIVENDO COM O HIV / Rafaela Duarte Moreira. - João
Pessoa, 2020.

62 f. : il.

Orientação: Ana Paula Rodrigues Cavalcanti.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE.

1. Espiritualidade Religiosidade HIV Coping Adesão. I.
Cavalcanti, Ana Paula Rodrigues. II. Título.

UFPB/BC

RAFAELA DUARTE MOREIRA

**RELIGIOSIDADE/ ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE COPING NA
ADESÃO E NO ABANDONO DO TRATAMENTO EM PESSOAS VIVENDO COM O
HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba – PPGCR/CE/UFPB, como exigência para obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Rodrigues Cavalcanti

Aprovada em: 17 / 07 / 2020.

BANCA EXAMINADORA

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

RELIGIOSIDADE/ ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE COPING NA ADESÃO E
NO ABANDONO DO TRATAMENTO EM PESSOAS VIVENDO COM O HIV.



Rafaela Duarte Moreira

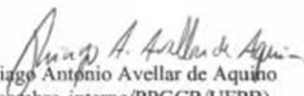
Dissertação apresentada à banca examinadora formada pelos seguintes especialistas.



Ana Paula Rodrigues Cavalcanti
(orientadora/PPGCR/UFPB)



Tania Cristina de Oliveira Valente
(membro-externo/UNIRIO)



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

Aprovada em 17 de julho de 2020.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, fonte de toda a Sabedoria, meu obrigada por cuidar de tudo durante minha vida (e com a convicção de que seu cuidado se perpetua por toda a eternidade).

Agradeço aos meus pais, que não mediram esforços para que a caminhada no processo ensino-aprendizagem se tornasse mais leve. Meus pais, eu tenho certeza que vocês são os meus maiores incentivadores em tudo.

Meus irmãos, cunhados e meus sobrinhos. Como vocês são importantes. Cada letra desta dissertação tem um pouco da ternura de vocês. Reconheço todo o esforço e cuidado.

Professora Ana Paula, meu muito obrigada. Você foi muito importante! Em meio às crises de ansiedade, dos momentos que achava que eu não poderia avançar. Com toda a personificação da paciência e palavras assertivas, mostrou-me que eu poderia ir muito além.

Àqueles meus amigos que deram forças desde o processo seletivo até a entrega do texto final, e que compreenderam o meu “não posso, tenho que estudar”

Aos diretores e colegas do CHCF, que apoiaram a pesquisa em todo o seu processo. Sempre estaremos juntos pela Adesão Terapêutica em Pessoas Vivendo com HIV.

Agradeço também à Luana Amaro, à Josy e ao Pr. Martinho. Cada um de vocês tiveram uma participação especial, com uma injeção de ânimo em tempos de dúvidas e incertezas.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo averiguar a influência da religiosidade e da espiritualidade no enfrentamento da doença em pessoas vivendo com HIV, no tocante à adesão da terapia antirretroviral. O estudo foi desenvolvido no ambulatório de um hospital referência do município de João Pessoa-PB, com a participação de 154 usuários, sendo 117 aderentes ao tratamento e 37 pessoas não aderentes ao tratamento medicamentoso. Para análise, utilizaram-se um questionário sociodemográfico e a escala *Coping* Religioso Espiritual em sua versão breve. Ao final do estudo, verificou-se o uso do enfrentamento positivo nas duas amostras, porém com o achado significativo de que a média do uso de estratégias de *coping* religioso espiritual negativo foi maior no grupo de pessoas não-aderentes. Desse modo, revelou que há uma menor interação com a religiosidade e espiritualidade em sua forma positiva de enfrentamento no grupo não-aderentes, levando-nos ao questionamento sobre a necessidade do enfoque da dimensão espiritual para ajudar na adesão terapêutica.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religiosidade. PVHIV. *Coping*. Adesão.

ABSTRACT

This work aims to investigate the influence of religiosity and spirituality in coping with the disease in people living with HIV, regarding adherence to antiretroviral therapy. The study was carried out in the outpatient clinic of a reference hospital in the city of João Pessoa-PB, with the participation of 154 users, 117 of whom adhered to the treatment and 37 people who did not adhere to the drug treatment. For analysis, a sociodemographic questionnaire and the Coping Religious Spiritual scale in its brief version were used. At the end of the study, it was found the use of positive coping in both samples, however with the significant finding that the average use of negative spiritual coping strategies was higher in the group of non-adherent people. Thus, it revealed that there is less interaction with religiosity and spirituality in its positive form of coping in the non-adherent group, leading us to question the need to focus on the spiritual dimension to help with therapeutic adherence.

Keywords: Spirituality. Religiosity. PLHIV. Coping. Adherence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Recusas de participação	30
Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica	31-32
Tabela 2 - Caracterização da Identidade de Gênero e Orientação Sexual	33
Tabela 3 - Caracterização da Religiosidade	33-34
Tabela 4 - Estrutura Fatorial e Consistência Interna da CRE	34-35
Tabela 5 - Comparação do <i>Coping</i> entre Aderentes e Não-aderentes	35
Figura 1 - comparação das estratégias positivas entre os grupos	36
Figura 2 - Comparação das estratégias negativas entre os grupos	36
Figura 3 - Comparação entre as estratégias positivas e negativas	37
Gráfico 1 - Comparação entre as estratégias positivas e negativas	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2.3 HIPÓTESE	13
3 INTERFACES DAS CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES NO CONTEXTO DA SAÚDE	14
3.1 DEFINIÇÕES	14
3.2 HISTÓRICO DA ESPIRITUALIDADE E SAÚDE	16
3.3 ESPIRITUALIDADE, A SAÚDE E O HIV	24
4 O <i>COPING</i> RELIGIOSO/ESPIRITUAL (CRE)	26
5 MÉTODO	28
5.1 INSTRUMENTOS	28
5.2 AMOSTRA	28
5.3 PROCEDIMENTOS	29
6 ANÁLISE DE DADOS	30
6.1 RESULTADOS	30
6.2 PARTICIPANTES	31
6.3 VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA INTERNA DO CRE NO CONTEXTO DE PVHIV	34
6.4 COMPARAÇÃO DO <i>COPING</i> ENTRE ADERENTES E NÃO-ADERENTES	36
7 DISCUSSÃO	38
8 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	58

1 INTRODUÇÃO

A espiritualidade está presente na integralidade do ser humano (RÖHR, 2011). A dimensão espiritual para Frankl (2019a) é a experiência da vivência, para além da implicação religiosa, do sentir a liberdade e ter a responsabilidade da consciência enquanto ser humano.

Portanto, analisar a relação da espiritualidade e saúde ajudará os profissionais desta área a entender o enfrentamento do processo saúde-doença do imaginário religioso do paciente. Koenig (2008) também traz o tema da espiritualidade no universo acadêmico das ciências da saúde, ao escrever a ideia de resiliência e bem-estar dos conceitos já estabelecidos de espiritualidade ligados ao transcendente e/ou sagrado.

A espiritualidade tem um impacto sobre a saúde física e mental, assim não pode ser descartada quando o assunto é cuidado integral de uma população, principalmente na tão sincrética e espiritualizada cultura como a brasileira. Dentro do contexto brasileiro da religiosidade, cerca de 92% da população se declara afiliados a uma religião (BRASIL, 2010), influenciando no modo de vida. Logo, não é possível que a dimensão espiritual/religiosa seja suprimida na indicação terapêutica (MEDEIROS; BARRETO, 2016). Desse modo, ao negligenciar a dimensão espiritual, pode-se cair na falha de não tratar o paciente de forma integral (KOENIG, 2005).

O modelo biopsicossocial e espiritual surge transpondo o modelo biomédico vigente, cuja centralidade está na dimensão física (LEBERLE, 2017). Aquele, que inclui os aspectos holísticos, traz a dimensão espiritual para discussão no contexto saúde-doença, lançando a importância do estudo da temática para que as pesquisas sejam cada vez mais precisas. Além disso, elas possam abranger multiáreas de conhecimento, cujo foco seja como a espiritualidade/religiosidade e o estudo das religiões podem contribuir para o bem-estar biopsicossocioespiritual do homem. Dessarte, desperta o olhar às outras dimensões humanas para a compreensão enquanto ser existencial e incorpora a espiritualidade: ao ser biológico, aos aspectos psicológicos e sociais, à espiritualidade (MONTEIRO; ROCHA JUNIOR, 2017).

O estudo sistemático e o conhecimento das religiões podem contribuir aos profissionais de saúde em suas diversas áreas de abrangência, tais como a reflexão sobre sentido e propósito de vida.

Toniol (2015, p.138) apresenta a evidência de aumento de publicações sobre a temática, trazendo questionamento em sua conclusão, indaga “quando ela (a espiritualidade) se torna um tópico de saúde?”.

Damiano *et al* (2016), ao realizar levantamento bibliográfico de 320 artigos teóricos como a relação religiosidade e espiritualidade como foco principal, revelaram que a temática desperta um universo de possibilidades, cujos campos precisam ser adentrados. Dessa feita, evidenciaram o número crescente de publicações que se concentram em anais de saúde pública, enfermagem e psicologia/psiquiatria.

Seguindo a mesma linha de pesquisa, Negro-Dellacqua *et al* (2019) realizaram um levantamento bibliográfico com artigos escritos em língua portuguesa, datado de 2015 a 2019, utilizando os descritores espiritualidade e saúde. Os autores selecionaram 14 artigos para análises de seus objetivos, e concluíram que a temática da espiritualidade é envolta em inúmeros temas ligados à saúde de forma positiva.

Moreira e Cavalcanti (2019) realizaram um levantamento bibliográfico com data limite de publicação do ano 2012, utilizando os descritores “espiritualidade/religiosidade” e “HIV” e foram selecionados quinze artigos cuja amostra fora realizada em território brasileiro. Após o tratamento, observou-se a forte influência positiva na adesão terapêutica, no autoconhecimento como fonte de força e melhora de indicadores de saúde.

Realizando uma pesquisa com o enfoque na compreensão da relação da espiritualidade e dos indicadores de saúde em PVHIV, Moreira (2020) verificou que os artigos selecionados poderiam ser agrupados nas seguintes temáticas: o domínio da Espiritualidade no contexto da qualidade de vida (subdividido em quatro áreas: influência na adesão terapêutica, autoconhecimento como processo de fortalecimento, indicadores de saúde e domínio prevalente nos questionário de qualidade de vida) e a expressão religiosa no processo saúde-doença (divididos em três subgrupos: relacionamento com o transcendente, análise de segmento religioso e práticas religiosas).

Os benefícios provenientes da espiritualidade no contexto saúde-doença alargam ideias de como introduzir e como lidar com a temática no processo de cura e/ou alívio de doença. Logo, o estudo das religiões é levantado como fator de contribuição na formação do profissional de saúde, trazendo um olhar integral e mais humanizado no cuidar. Assim, também contribui no processo saúde-doença do indivíduo, pois traz a reflexão ao sentido de vida e conforto (ESPERANDIO, 2014; LEMOS, 2019; MERATH *et al*, 2019; FRØKEDAL *et al*, 2019; KØRUP *et al*; 2019; BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

Esperandio e Ladd (2013) trazem que sujeitos os quais reportam as práticas religiosas e espirituais tornam-nas um indicador positivo para a saúde. Outrossim, Esperandio (2014) mostra resultados positivos da religiosidade/espiritualidade na prática laboral, mas afirma que a integração da expressão da espiritualidade com a prática de cuidado é tímida.

Dalmida *et al* (2017) mostram existir avanços na melhoria da adesão ao tratamento antirretroviral, e variação nas taxas de adesão, pelo comportamento religioso - cuja oração, energia/vitalidade e apoio social seriam preditores significativos da adesão medicamentosa. Dessarte, Badanta-Romero *et al* (2018) afirmam que há influência de elementos positivos e negativos da religiosidade/espiritualidade na adesão terapêutica, e destacam a Pessoa Vivendo com o HIV (PVHIV) para a qual o apoio social proporcionado por pertencer a uma determinada religião ou práticas como a oração, teriam efeitos positivos na adesão terapêutica. Pontes *et al* (2015) ao aplicar entrevistas com 115 PVHIV, concluíram que a religiosidade/espiritualidade está presente no contexto do conviver com o HIV.

Assim como há relatos de fatores positivos, há também a influência negativa da religiosidade à adesão. Tumwine, Neema e Wagner (2012) concluíram que a religiosidade pode ajudar a lidar com a experiência de (con)viver com o HIV, e que ao mesmo tempo pode ser uma barreira à adesão, quando elementos do enfrentamento negativo não são bem conduzidos, tais como suporte em textos sagrados, profecias de cura liberadas por agentes religiosos e testemunhos de cura. Consoante os dados de Lemos (2019, p.695), viu-se a influência da espiritualidade na “adesão ao tratamento, no enfrentamento da dor, na busca por uma explicação para a experiência atual”.

Figueira (2003) e Chiachio (2014) coletaram relatos em que a religiosidade e a religião interferiram na adesão medicamentosa quando houve o desaconselhamento do uso de medicamentos por parte de líderes religiosos. Logo, a PVHIV ao receber essa orientação, passa a viver um dilema interior devido a sua crença, ao ponto de pensar que se sua fé fosse suficiente, largaria o tratamento para agradar a Deus.

Da mesma forma, Thielman *et al* (2014) também observaram que visitas a curandeiros estavam associadas a uma diminuição à adesão medicamentosa. Outro fator observado por Lyon *et al* (2014) foi que a ligação do sentimento divino punitivo estava ligado à baixa adesão em adolescentes.

Para melhor entendimento da problemática do objetivo da pesquisa, entende-se por dispensa/dispensação a ação de um profissional em distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, conforme resposta a algum documento elaborado por um profissional habilitado para tal (MARIN, 2003). Diante da nova rotina de uso de medicamentos contínuo, das mudanças psicológicas e sociais ocorridas, é marcado pela ansiedade e pelas dificuldades adaptativas (SANTO *et al*, 2013), e a Pessoa Vivendo com o HIV (PVHIV) lança-se ao mais novo desafio: o aderir para viver.

O Manual de Adesão ao Tratamento do Ministério da Saúde define adesão como um processo no qual há a aceitação de determinado esquema terapêuticos no dia a dia das pessoas em tratamento (BRASIL, 2008). Ele traz fatores importantes que podem dificultar adesão, como: a dificuldade ou ausência de suporte social, a não aceitação da soropositividade, a crença negativa, informações inadequadas sobre a condição sorológica, entre outras.

Conforme o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV (BRASIL, 2019), enquadram-se em situação de abandono aqueles indivíduos que não compareceram a alguma unidade dispensadora para retirada de seus medicamentos nos últimos 100 dias a contar da data da análise.

Analizando os dados nacionais, a taxa de abandono de terapia antirretroviral foi de 8.2% em 2018 (BRASIL, 2019), e a da Paraíba um pouco menor: 7,4%, caindo ainda mais em João Pessoa, 6,7%. Na pesquisa em pauta, os usuários que abandonaram, mas retornaram ao tratamento no momento exato da coleta de dados, perfizeram 1,4% da amostragem coletada, revelando as dificuldades encontradas no campo para obter quantitativo suficiente que permitisse comparar os dois grupos do delineamento. Mesmo diante da dificuldade, a amostragem levantada ocorreu com a interação do serviço de busca ativa e das articulações com a equipe de saúde local do hospital.

Desta forma, a adesão à terapia medicamentosa torna-se, no caso da pessoa vivendo com HIV, uma forma de lhe garantir a vida dentro da normalidade. Portanto, fatores que a promovam a adesão gerará melhor qualidade de vida ao indivíduo. A espiritualidade/religiosidade passa então a ser percebida como uma aliada terapêutica. Porém, o diálogo com as instituições religiosas deve ser estimulado para que se evitem situações que em que líderes espirituais interfiram negativamente no tratamento.

A estratégia de *Coping*, que (ora também chamaremos de enfrentamento) pode ser visualizada em inúmeras áreas do cotidiano, e é definida como conjunto de esforços (cognitivos ou comportamentais) que o indivíduo utiliza para lidar com as demandas que surgem em situações de estresse, que quando os recursos de enfrentamento são voltados para a religião, passa-se a utilizar o termo *Coping* Religioso Espiritual (PANZINI; BANDEIRA, 2005 apud FOLKMAN; LAZARUS; 1984; PANZINI *et al*, 2007). Logo, para melhor entender o enfrentamento foram desenvolvidas escalas para que pudessem ser usadas na prática clínica no contexto da saúde, auxiliando na terapia.

Haverá influência do *Coping* Religioso Espiritual (CRE) na adesão medicamentosa à Terapia Antirretroviral (TARV) em João Pessoa-PB? Haverá diferenças no estilo do CRE entre os aderentes e os não-aderentes à TARV? Para responder tais perguntas, a presente

pesquisa foi delineada e dividida em três momentos, transformados em três capítulos. O primeiro trará as interfaces das ciências das religiões no contexto da saúde. O segundo abordará a temática do universo do *Coping* Religioso/Espiritual com a sua importância ao contexto da saúde. E o terceiro, sobre o Método, mostrará os resultados obtidos com o levantamento de dados em campo, e as conclusões após tratamento estatístico e comparações com estudos correlatos.

2 JUSTIFICATIVA

Conforme o Boletim Epidemiológico do HIV e AIDS/2019, há na Paraíba 8.931 indivíduos com pelo menos uma dispensa de antirretroviral, ou um exame de CD4/CD8 ou um exame de carga viral (pessoas que têm o diagnóstico confirmado para o vírus HIV circulante no organismo). Destes, 7.096 pessoas estavam em uso de terapia antirretroviral em 2019. Com o uso continuado e ininterrupto da TARV, as PVHIV conseguem lidar com as transformações que o vírus provoca no organismo.

Desta forma, conhecer que recursos e estratégias que podem aumentar a adesão à TARV, e que motivos contrários caracterizam o seu abandono, auxiliará o cuidado em saúde na integralidade do ser humano, indo ao encontro de suas necessidades biopsicossociais e espirituais.

2.1 OBJETIVO GERAL

Averiguar a influência da religiosidade e da espiritualidade no enfrentamento da doença em pessoas vivendo com HIV, no tocante à adesão da terapia antirretroviral.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Levantar o perfil sociodemográfico e religioso dos usuários em TARV,
- b) Verificar em que medida o CRE se diferencia em função da adesão ou abandono (não adesão) ao tratamento em PVHIV.
- c) Comparar o CRE de pacientes que fazem uso de TARV regularmente com os que se enquadram na situação de abandono (usuários que não compareceram a algum serviço de dispensação para receber a medicamentos Antirretrovirais nos últimos 100 dias).

2.3 HIPÓTESE

As PVHIV que são aderentes à terapia antirretroviral possuirão maiores pontuação no CRE positivo, e as PVHIV que se enquadram na situação de abandono do tratamento antirretroviral possuirão maiores pontuações no CRE negativo.

3 INTERFACES DAS CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES NO CONTEXTO DA SAÚDE

3.1 DEFINIÇÕES

Para melhor entendimento da relação entre as ciências das religiões no contexto de saúde, torna-se necessária uma breve explanação de alguns termos envolvidos, tais como religião e espiritualidade.

A religião é dita como fenômeno cultural, devido ao enraizamento social, tais como na economia, direito, arte e política (HOCK, 2010, p.27), e como fenômeno do existir, pois quem “investiga o ser humano, seja indivíduo, seja como ser social, deparam-se também, mais cedo ou mais tarde, como o objeto religião” (GRESCHAT, 2005, p.23).

Durkheim (2008, p.44) ajuda a entender esse fenômeno, ao trazer que “as categorias do pensamento humano jamais são fixadas de forma definitiva (...) elas mudam conforme os lugares e os tempos”, visto que a religião é um fator social, cujas representações coletivas revelam a realidade dos grupos.

Antes de mergulhar no universo dos termos que envolvem a temática, que Hock (2010) chama de “mata fechada das definições de religião”, temos que partir do pressupondo que: “simultaneamente, a definição de religião assim apurada revela muita coisa sobre as pessoas que a estabeleceram, ela até informa geralmente mais sobre as posições e preferências dos pesquisadores do que sobre a própria religião” (HOCK, 2010, p.29).

A raiz da palavra religião deriva do latim que retoma a ideia de religar, reler ou reeleger, com ligação da humanidade com a divindade (COUTINHO, 2012). Essa ideia surge no século III/IV com os oradores cristãos Lactâncio e Agostinho ao trazerem a ideia do “religar a alma que se afastou de Deus” (HOCK, 2010, p.18). Já Coutinho (2012, p.176) discorre: “único e transcendente. Nas sociedades orientais budistas e hinduísta, a transcendência não está presente, mas antes o panteísmo, um deus em tudo. Assim, a religião não é ligação a algo superior e transcendente, mas à própria natureza a todos os seres vivos”.

Qualquer tentativa de explicar de conceituar o que é religião deve-se ter em mente que ela é um assunto emotivo, por isso “a neutralidade sempre esconde algum grau de preferência e de viés” (CRUZ, 2013, p.44) e que o intérprete sempre estará envolvido de forma coparticipativa, no e com objetivo de estudo da religião (FILORAMO; PRANDI, 1999, p.10), cuja construção do pensamento religioso ao longo da humanidade, depende do lugar e da época de suas existências (GRESCHAT, 2005, p.22).

Diante dessas colocações, Coutinho (2012, p.187) cita a definição do termo religião como:

um sistema composto por descrições do sagrado, respostas a sentido do mundo e da vida (crenças), meios sinais, experiências de ligação a esse sagrado (práticas), orientações normativas do comportamento (valores) e atores coletivos com regras e recursos próprios (coletividade) (...) permite regular e justificar a conduta individual (normativa), providenciar coesão social (coesão), consolar e aliviar (tranquilizante), fortificar a vontade (estimulante), dar sentido à vida (significantes), possibilitar a experiência do sagrado (experimental), crescer e amadurecer (madurativa), proporcionar identidade (identitária) e ministrar salvação (redentora).

A religião, em seu sentido mais fino, traz como atribuição interligar o indivíduo a Deus, com o sagrado ou com o transcendente, cuja definição é trazida por Tavares *et al* (2016, p.87) como:

crença na existência de forças sobrenaturais que estabelece dogmas, que envolvem doutrinas e ritos próprios, envolvendo preceitos morais e éticos (...) Em geral, a religião se baseia em um conjunto de escrituras ou ensinamentos que buscam descrever o significado e o sentido do mundo.

Por outro viés, Hock (2010, p.22) afirma que “o termo religião é estreito demais, ou amplo demais para abranger aquilo que em outras tradições religiosas e culturais é descrito com termos que parecem corresponder a ele”. Logo, diante da impossibilidade de definições fechadas, o autor outorga a liberdade de trazermos definições que ajudarão a compreender a relação da saúde e a espiritualidade. Completado por Coutinho (2012, p.182), traz que a espiritualidade “parte da liberdade de escolha do sujeito, da sua experiência, dos seus sentimentos, do seu bem-estar e da sua realização”, de forma que a relação não seja por intermédio de práticas institucionalizadas, pois estaria ligada à religião.

Acrescentando que Medeiros e Barreto (2016) trazem, o sistema doutrinário religioso fornece suporte doutrinário para que a experiência religiosa possa ser experimentada, quer seja vinculada a uma espiritualidade ou não. Esses autores trazem que o conceito de espiritualidade é compreendido pela transcendência a forças superiores, nas quais é depositada a fonte de cuidado e proteção nas situações desfavoráveis.

A espiritualidade por estar ligada à busca pelo sentido de vida em dimensões que perpassam o tangível, leva o ser humano a vivenciar situações para além da prática religiosa formal e:

É indispensável ressaltar que a espiritualidade é universal, é parte da vida e ocupa lugar em todo o ser humano, na sua inteireza, em toda a sua essência. É um movimento interno, que dimensiona e redimensiona o sentido da vida. É uma presença íntima e contínua, embora nem sempre autopercebida... a espiritualidade é uma presença cotidiana, está ligada a dimensão social, relacional, profissional, na saúde, na educação, no lazer, na religião, no íntimo de cada um (TAVARES, 2016, p.90-91).

A busca pelo sentido pela vida é a principal motivação que eleva o homem e lhe confere uma força que impulsiona a resiliência, sendo ele “capaz de viver e até morrer por seus ideais e valores” (FRANKL, 2019b, p.125).

Com o surgimento das diversas áreas, penetrou em nossa sociedade o termo de espiritualidades não-religiosas para “estabelecer diálogos entre preocupações das ciências das religiões e outras esferas da cultura, a partir da suspeita de que há formas de espiritualidade que não se localizam no raio dos sistemas religiosos organizados” (CALVANI, 2014, p.669).

Tais colocações revelam os avanços resultantes que começaram a ocorrer no século XIX, cuja evidência da consciência do termo religião se torna em meio às transformações ideológicas (USARSKI, 2003) um lugar como disciplina autônoma e liberta da raiz da teologia.

Intelectuais da época chamariam a atenção, não por suas críticas a convicções e práticas religiosas ‘naturalmente’ aceitas por seus contemporâneos, mas por causa de sua postura emancipada do então senso comum, ou seja, graças a uma atitude que aproximaria de maneira ‘protodisciplinar’ ao ideal epistemológico do cientista da religião moderno (USARSKI, 2013, p.54-55).

3.2 HISTÓRICO DA ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Ao longo da história da humanidade, podemos analisar uma ligação com a medicina e a espiritualidade. Dessa maneira, Pontes, Aquino e Caldas (2016) trazem que a raiz etimológica latina da palavra saúde, significa salvação. Assim, é um fator que verifica o papel das instituições religiosas nesse cuidado, com as casas de caridade e acolhimento dos necessitados, refletindo o modelo centrado na pessoa e não no sujeito (ALVAREZ, 2013).

Medeiros e Barreto (2016) mostram que nas civilizações antigas, as doenças eram atribuídas a causas sobrenaturais, e por consequência, os tratamentos também eram fornecidos nessas perspectivas, cujos exemplos temos a figura dos sacerdotes-curador e assistência aplicada em templos religiosos. Porém, momentos e correntes históricas (Iluminismo,

Renascença, Positivismo) começaram a dissociar com esse paradigma, levando a romper com o sagrado, tornando a espiritualidade sem mais tanta força como objeto de estudo da ciência.

Com o olhar da teologia da saúde, Alvarez (2013, p.29) conduz que o processo saúde-doença está ligado aos elementos do eu quanto existência humana, do contexto sociocultural e sanitário em que estão inseridos e dos “agentes (...) que realizam o desígnio salvífico e salutar de Deus”, que:

Impulsionada pelas novas concepções da saúde, cada vez mais devedoras da antropologia e das ciências do comportamento, e diante da gradual incidência no ser humano das doenças mais relacionadas com o estilo de vida e com as culturas, questionava-se se ainda haveria lugar para as virtudes curativas do Evangelho e da fé proclamada e vivida (ALVAREZ, 2013, p.30).

O vazio existencial derivado da fragilidade no processo saúde-doença, encaminha-se para falta de sentido de vida, afetando a qualidade de vida que “empobrece o mundo das motivações espirituais (...) e indubitavelmente deixa mais despreparado ante as múltiplas formas de sofrimento, modificando o umbral da capacidade de resistência” (ALVAREZ, 2013, p.244). Além disso, “nesses casos, a doença se apresenta como fator de desordem, de caos assustador, de algo que necessita ser retirado da realidade da existência humana para que esta volte a se tornar compreensível” (LE MOS, 2019, p.693).

Frankl (2019b) relata que o vazio existencial manifesta do tédio e da carência do sentido da vida. Como o mesmo autor descreve “cada um tem sua própria vocação ou missão específica na vida” (FRANKL, 2019b, p.133). Esse fator foi bem descrito por ele, pois vivenciou o campo de concentração nazista e percebeu que aqueles que tinham mais possibilidades de sobreviver eram os que estavam trazendo sentido aquele sofrimento, com a esperança de um mundo pós-momento.

O artigo de Aquino *et al* (2011, p.156) apresenta que “o aumento do nível de sensação do sentido na vida pode constituir um fator de proteção contra vários transtornos existenciais, tais como a drogadição, a agressão e o suicídio”. O artigo supracitado fala da validação de uma proposta de prevenção do vazio existencial em um grupo de 33 estudantes adolescentes, os quais foram divididos em dois grupos, sendo um controle e o outro experimental, objetivando a análise do aumento a sensação de sentido de vida. Por meio da aplicação do Teste de Propósito de Vida foi constatado o desenvolvimento do objeto em estudo, além da diminuição do vazio existencial do grupo experimental. Demonstrou, assim, o que Frankl (2019b) escreveu sobre a importância da consciência da missão vital para a qualidade de vida.

Santos e Byk (2019) escrevem sobre a importância deste assunto no cotidiano, quando trazem que:

a dimensão espiritual é universalmente acessível por todos os seres humanos e, em muitos casos, essa espiritualidade se manifesta através da prática de uma crença religiosa específica. Quando o indivíduo adoece, sua subjetividade encontra-se fragilizada e sua visão de mundo acaba por se fragmentar. Em seu débil estado de saúde, o indivíduo começa a buscar forças no transcendente para auxiliá-lo na resignificação de sua dor, podendo encontrar um apoio positivo ou negativo, dependendo de sua concepção pessoal (SANTOS; BYK, 2019, p.355).

A espiritualidade ao ser desenvolvida, mesmo em um nível incipiente, pode amenizar os sentimentos de desespero frente a algum resultado desfavorável à manutenção da vida. Essa capacidade de resiliência e de superação de momento de percepção de finitude da vida terrena resultam dos sistemas espirituais e filosóficos, de crenças e pensamentos que nos ajudam pela busca de significado e propósitos, trazendo os conceitos de perdão, valores, altruísmo, amor e sacrifício (FISHER; ROSS, 2000). Tal contexto pode ser aplicado, também, àqueles que são hospitalizados, pois “as incertezas humanas surgem, sejam de ordem física, psicossocial e/ou espiritual, sendo necessário um cuidado que atenda a todas essas dimensões da subjetividade humana” (SANTOS; BYK, 2019, p.355).

A ruptura mencionada trouxe à medicina uma nova forma de lidar com o imaginário da saúde, um olhar compartilhado centrado na racionalidade (TAVARES *et al*, 2016). Entretanto, a academia contemporânea tem demonstrado sinais de retorno da religiosidade como objeto de estudo em se tratando temas ligados à espiritualidade e à saúde. Esse fato pode ser demonstrado pela pesquisa quantitativa e também pelas pesquisas qualitativas, realizadas acerca de produção acadêmica sobre o tema espiritualidade, religiosidade e saúde, e constatou um aumento de publicações sobre a temática, principalmente nas últimas décadas.

Embora haja o aumento do interesse de estudo por parte de pesquisadores, os conceitos sobre espiritualidade, religiosidade e religião não estão fechados pela academia, e nunca se tornarão, por se tratarem de questões subjetivas e dinâmicas dentro da sociedade. Como revelou Curcio e Moreira-Almeida (2019, p.291), que “a fé, a religiosidade não organizacional, a religiosidade intrínseca e o *coping* religioso espiritual são os elementos mais apontados nas conceitualizações de religiosidade e de espiritualidade”.

Como escreve Filoramo e Prandi (1999), até a própria definição sofre influência do lugar do autor diante das tentativas de descrever o tema. Porém, há a necessidade de aprofundar-se sobre a temática para que seja estudada a aplicabilidade dos termos

espiritualidade, religiosidade e religião, nos mais diversos cenários do processo saúde-doença, transpondo o modelo biomédico vigente, utilizando-os como aporte de decisões em saúde.

O levantamento bibliográfico realizado por Negro-Dellacqua *et al* (2019), revelou que a temática da espiritualidade tem adentrado em diversas áreas do conhecimento, principalmente no campo da saúde. Relevância que pode ser acompanhada pela própria história da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo é proporcionar a proteção à saúde (TONIOL, 2017). Essa organização traz a temática em seus documentos, desde a sua criação em 1948, e, na década de 90, apresenta as primeiras publicações nas quais a espiritualidade, religiosidade e crenças surgem, e tendo a espiritualidade como indicador de qualidade da vida humana, transpondo a dimensão biológica, abrindo a possibilidade da assistência integral (TONIOL, 2017; SILVA, 2018).

Pensando nisso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolve o conceito de qualidade de vida abrangendo a complexidade do "construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais" (FLECK, 2000). O instrumento utilizado para a busca dessa definição é World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) método que consiste em perguntas referentes aos domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (FLECK, 2000). Canavarro *et al* (2010) e Fleck (2000) citam a aplicabilidade deste instrumento nas PVHIV e a importância de avaliar a qualidade de vida neste contexto, devido às características do processo da infecção e ao estigma que envolve a doença e contágio.

As diretrizes da OMS tem sido fator norteador na assistência e universalidade do cuidado. Direção essa que influenciou no Brasil, quando publicada a Portaria 1820/MS, a qual discorre que o usuário do sistema de saúde tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, e que seus valores éticos, culturais e religiosos sejam garantidos (BRASIL, 2009). De mesmo modo, como os usuários das entidades hospitalares públicas e privadas têm a liberdade de receberem assistência religiosa, conforme Lei 9.982/2000, abrindo precedente para caminho para os serviços de capelanias hospitalares e pastorais da saúde no nosso país.

O caminho aberto para os serviços de capelania corroboram no preenchimento da lacuna dos resultados em que pacientes desejam falar sobre o processo saúde-doença e religião em pacientes oncológicos (MERATH *et al*, 2019) e em Saúde Mental (FRØKEDAL *et al*, 2019).

Para as pessoas vivendo com HIV, a sugestão também exposta por Tumwine, Neema e Wagner (2012) quando citam que os líderes religiosos podem ajudar no contexto da adesão à terapia antirretroviral, desde que sejam qualificados para os cuidados em saúde.

A temática da religiosidade e espiritualidade está presente no cotidiano da prática clínica dos profissionais de saúde, mas há necessidade de inserção do tema para instruir a melhor conduta de inserção, visto que a razão do comparecimento ao profissional é um atendimento clínico. Por isso, os profissionais da saúde poderão andar juntos com sacerdotes de diferentes tradições para identificar sofrimento religioso que afetam a terapêutica. Assim, com o fito de buscar soluções que abracem à dimensão espiritual, influenciando a saúde de forma positiva (MOREIRA-ALMEIDA *et al*, 2016).

Seguindo a mesma linha de sugestão, o artigo de Harris, Rock e Clark (2019) apresenta a necessidade de que o profissional de saúde deve se apropriar da aproximação da espiritualidade e religiosidade para utilizá-las no cuidado integral ao paciente.

Diante dos questionários aplicados por Esperandio (2014), pode-se levar à reflexão aos profissionais para que esses possam introduzir sobre questões que relacionam a prática diária de cuidados em saúde com sua própria espiritualidade, pois:

os sofrimentos religiosos-existenciais que se configuram nos processos de saúde-doença convocam a teologia a oferecer uma reflexão que leve em conta a existência concreta do sujeito, sua relação com aquilo que o transcende, sua busca de sentido e propósito na vida expressos em seus questionamentos acerca dos eventos cotidianos que se apresentam como lugar de produção de sentido no processo existencial (ESPERANDIO, 2014, p.814).

Partindo do pensamento comum da influência positiva da espiritualidade, religiosidade e religião sobre a saúde, Koenig (2015) escreve sobre a importância de introdução de assuntos espirituais em consultas médicas para a integralidade. Diante desse achado, observa-se a falta de informação e formação acadêmica nas questões relativas à espiritualidade.

A psicóloga Esperandio (2014), tomando como ponto de partida a perspectiva teológica, iniciou-se um debate acerca da saúde (processo saúde-doença) e a espiritualidade ao entrevistar profissionais. Ela evidenciou suas crenças sobre saúde e espiritualidade, e como isso influencia nas dificuldades e infinitas possibilidades da expressão da espiritualidade e da religiosidade nos serviços de saúde.

Desse modo, Esperandio (2014) propõe cursos de formação que abordem a referida temática e resultados em saúde. Assim, recomenda que sejam abordados cursos cujos temas

estejam interligados aos conflitos religiosos e os desafios (e os riscos) da integração da espiritualidade na prática do cuidado em saúde para auxiliar nesse processo, podendo utilizar o estudo das mais diversas formas de expressão da espiritualidade como aliado na prática de saúde.

A sugestão de curso que aborde essa temática também pode ser encontrada por Lemos (2019), que expõe a necessidade de inclusão do debate nos cursos de graduação, devido às influências positivas apresentadas e, também, como forma de estabelecer os conceitos de espiritualidade e religiosidade no cuidado com as pessoas.

Gerone (2016) traz alguns pontos de convergência com os demais textos apresentados, quando reforça a necessidade de acompanhamento espiritual e religioso, igualmente em profissionais da saúde que assistem a pacientes em estado grave ou em situação de sofrimento. Os múltiplos olhares (pacientes e profissionais de saúde) trazidos por Gerone (2016), ajudam na construção do conceito de como o estudo da temática pode contribuir de maneira mais efetiva nesse campo da sociedade.

Partindo da observação que a espiritualidade e a religiosidade trazem as influências positivas, sugerindo Lemos (2019), sugestões aparecem para amenizar as lacunas existentes, como, por exemplo, integrar ao currículo, de curso da área da saúde, cadeiras que dialoguem com o tema, mesmo que inseridas em outras ementas curriculares (GERONE, 2016; KØRUP *et al*, 2019; BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

Diante do material pesquisado pelo autor Gerone (2016), ele faz contribuições sugestivas de intervenção da realidade como introdução de assuntos relacionados à espiritualidade no meio acadêmico, pois levantará uma reflexão, por parte do profissional de saúde, gerando uma perspectiva de um cuidado humanizado e integral ao homem que se encontra no processo saúde-doença. A capacitação desses profissionais favorece o manejo do cuidado com os pacientes, familiares destes e, inclusive, entre os próprios trabalhadores, como traz Lemos (2019), apresentando a espiritualidade e a religiosidade como influências positivas.

O estudo por parte dos profissionais de saúde sobre a temática ajudará a abordagem holística no cuidado ao usuário, assegurando a escuta sobre suas crenças e no que couber, incluí-las ao planejamento dos cuidados (BADANTA-ROMERO; DIEGO-CORDERO; RIVILLA-GARCÍA, 2018).

A espiritualidade pode se tornar mais evidente em tempos cujas doenças alteraram a vida ou o modo dela, e que as crenças religiosas e suas práticas ajudam a regular as mudanças que ocorrem durante o período de enfrentamento da doença, pois:

Isso acontece, sobretudo, em razão de que uma das principais características da religião é ajudar as pessoas a lidarem com o sofrimento, com a dor e com o fim da vida (...) e tempos quando a saúde está comprometida, a fim de suportar e superar o estresse advindo da tal situação (ESPERANDIO, 2014, p.811).

Um olhar trazido por Andrew (2019) nos remete à análise que o enfrentamento focado na emoção e o enfrentamento religioso negativo são interligados, gerando situações de sofrimento psicológico. Com isso, a religiosidade e a espiritualidade adentram no processo saúde-doença se tornando um caminho de enfrentamento dos rearranjos, pois como cita Lemos (2019, p.697): “uma vez que é utilizada como uma das alternativas para sanar problemas advindos de qualquer área, levando aos fiéis uma certeza e uma paz espiritual que a ciência não conseguiu oferecer”.

Koenig (2005, p.6) fala da importância da espiritualidade neste processo de fragilidade, quando traz que o enfrentamento religioso:

é o uso das crenças religiosas ou práticas que reduzam o estresse emocional causado por perdas ou mudanças. Os pacientes podem passar a responsabilidade de seus problemas para Deus, acreditado que Deus resolva as doenças, assim eles não precisariam ruminar-se ou preocupar-se com elas.

Neste pensamento, o autor Koenig (2005) relata que a dimensão espiritual não pode ser negligenciada, pois haveria falha ao tratar a pessoa de forma integral.

Esse autor supracitado traz uma série de argumentos necessários para justificar a relação positiva da espiritualidade com a saúde, tais como: melhora da depressão, menor taxa de suicídio ou pensamentos negativos, diminuição de uso de drogas, melhor bem-estar e satisfação de vida e melhor rede de apoio social.

Dado semelhante também foi encontrado por Volcan *et al* (2013, p.445) que apresentam a espiritualidade como um aspecto positivo na melhora da qualidade de vida na saúde mental, conforme eles trazem como conclusão de sua pesquisa:

Assim, visto que a espiritualidade é considerada um recurso psicossocial individual – e possivelmente comunitário – de promoção de saúde mental, é recomendável o incentivo da prática de atividades espirituais e religiosas materializado em áreas que, além de benéficas, não são onerosas aos sistemas de saúde.

Os benefícios trazidos pela espiritualidade e religiosidade vêm sendo estudados por vários teóricos cujos resultados apontam as influências sobre a saúde do homem. A adesão terapêutica, rede de apoio e mudanças de hábitos foram algumas das influências citadas por Koenig (2005).

A relação da espiritualidade e a saúde foram apresentadas por meio do levantamento bibliográfico realizado por Santos e Byk (2019) que constataram a positividade na unidade de queimados com a propensão de recuperação mais rápida, o enfrentamento religioso em paciente oncológicos e o recebimento de cuidados espirituais em pacientes que utilizaram ventilação mecânica relataram a imediata melhora da ansiedade.

Martins *et al* (2019) realizaram um estudo com 28 gestantes diagnosticadas com má formação congênita, para verificar as influências da religiosidade durante gravidez de risco. Eles constataram que a prática religiosa foi utilizada como uma importante fonte de apoio para ajudá-las a ressignificar a situação.

Diante desses resultados benéficos, os autores recomendam que essas práticas devem ser encorajadas como um recurso adicional para tais mulheres. Desse modo, pode servir como um aporte para sensação de bem-estar, segurança, proteção e conforto. Gorene, (2016) valida o mesmo pensamento quando afirma que os fatores permeantes da espiritualidade influenciam as noções de saúde dos pacientes e dos trabalhadores da saúde, pois resultam em fatores que ajudam o tratamento terapêutico.

Pinto (2010) identificou as características da religião e suas manifestações presentes em pacientes estudados em sua pesquisa, apontando claramente a importância do sentimento de esperança na conquista de uma condição de bem-estar espiritual, com forte influência no físico, colocando a oração como prática espiritual. Santo, Gomes e Oliveira (2013) também trazem resultados parecidos, quando relatam que a oração praticada é apresentada como fonte de enfrentamento da doença em questão.

Nessa perspectiva, Esperandio e Ladd (2013), aproveitando uma pesquisa norte-americana com 104 participantes, fizeram uma análise sobre a oração em vários aspectos, e sugerem que as dimensões mentais e espirituais precisam ser incorporadas em pesquisas na área de saúde. Os entrevistados responderam o questionamento sobre as experiências mais fortes acerca de sua vida em oração. Analisando os dados, concluíram que a oração exerce um papel positivamente importante na vida do participante, principalmente nas áreas ligadas à saúde mental e à espiritual (diminuição da ansiedade, habilidades de resiliência e maior senso de direção e propósito de vida).

Diante da conclusão do trabalho desses autores, torna-se notório o papel importante da oração na maturidade espiritual e desenvolvimento de potenciais dos praticantes da oração. Por isso julgam a importância da integração de análise de estudo e saúde nas dimensões mentais e espirituais, devido a sua grande relevância ao bem-estar humano. Em concordância, Calvetti, Muller e Nunes (2008) trazem que a espiritualidade pode se apresentar como uma adjuvante no processo de resiliência, quando ela se apresenta como fonte de interpretação para os acontecimentos da vida. Andrew (2019) também discorre sobre a construção do enfrentamento religioso que deve ser explorado, devido aos seus processos de resiliência, ao contexto da saúde mental e do envelhecimento.

3.3 ESPIRITUALIDADE, A SAÚDE E O HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) caracteriza-se pelo recrutamento dos linfócitos CD4⁺ do indivíduo para a reprodução do vírus HIV que o infeccionou (DIAZ, 2017; BRASIL, 2018). Ela traz consequências devastadoras ao sistema imunológico, levando a uma baixa das defesas, sendo o portador suscetível a infecções oportunistas.

No início da epidemia, havia o estigma e marginalização de pessoas da síndrome e do vírus, o que levou Bastos (2006, p.17) a escrever que a história da Aids “compreende também histórias de solidariedade e altruísmo, mobilização social e os avanços de uma ciência praticada com ética e qualidade”.

A sentença da agudização da síndrome tem revelado mudanças devido aos estudos em relação à história natural, à introdução da terapia antirretroviral (TARV) e às campanhas educativas que modificaram o quadro desta infecção (DOURADO *et al*, 2006; ALENCAR, 2006). Desse modo, chegam ao ponto de prognosticar atualmente como uma doença crônica (ALENCAR; NEME; VELLOSO, 2008), levando a Pessoa Vivendo com o HIV (PVHIV) à reflexão sobre como enfrentar essa doença.

A resignificação é um processo que necessita estar presente, pois o mesmo indivíduo terá que aprender a conviver e lidar com todas as mudanças que ocorrerão em sua vida diante deste diagnóstico. Ferreira, Kratsch e Sagaz (2016) constatou que o momento da descoberta sorológica é uma fase de emoções negativas, mas que em sua pesquisa revelaram que esta fase era também um momento de confronto com o futuro e atribuir novos valores de aprendizagem e de crescimento ao processo vivenciado.

Em uma pesquisa realizada com 10 mulheres vivendo com HIV, Cunha (2004) observou a influência da religião no enfrentamento da soropositividade através da crença da

cura divina, que ao mesmo tempo se faz uso da TARV, para auxiliar o processo. Observou que o refúgio em Deus fora uma marca quando havia situações de que fugiam do controle da PVHIV.

Szaflarski (2013) traz a importância da religiosidade/espiritualidade na vida das PVH, incluindo os efeitos sobre a progressão da doença, saúde física/mental e qualidade de vida, fatores importantes para a supressão da carga viral, intimamente ligada ao risco de morbi, mortalidade e transmissão viral.

Pontes *et al* (2015) buscando compreender a relação das dimensões biológicas, psíquicas e somáticas em PVHIV, aplicaram entrevistas com 115 participantes. Diante dos resultados, os autores evidenciaram a importância da dimensão ontológica (representada pela atitude religiosa e a realização de sentido de vida) no contexto da saúde, sendo esse sentido constituído de uma condição para a saúde em PVHIV. Os autores ressaltam a importância das políticas públicas que agregam a dimensão espiritual às biopsicossociais.

Badanta-Romero, Diego-Cordero e Rivilla-García (2018) fizeram um levantamento internacional sobre a temática e verificou nos artigos coletados que existiam influências tanto positivas quanto negativas da religiosidade/espiritualidade no contexto HIV/AIDS. As positivas estão ligadas à oração e ao suporte social, já as negativas estão ligadas ao enfrentamento negativo como o sentimento de punição divina e dificuldade de significado para a vida.

Moreira e Cavalcanti (2019) evidenciaram em sua pesquisa a influência da religiosidade e da espiritualidade na regulação do enfrentamento da doença ao reduzir o estresse ao manter contato com o divino transcendente, por meio das práticas espirituais, como a oração e da meditação, em PVHIV. Diante dos resultados, há necessidade de que profissionais adentrem a dimensão espiritual para conferir um olhar mais humanizado ao paciente.

4 O *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL (CRE)

O *coping* religioso espiritual (CRE) é uma vivência complexa de crenças, comportamentos e atitudes que geram mecanismos desencadeadores de enfrentamento ativos, bem-estar emocional, apoio e criação de significados. Devido à natureza semiológica do termo CRE, que foi definido por Cummins e Pargament (2010), pode-se tirar conclusões acerca da importância deste enfrentamento no campo da saúde, principalmente como fator preditivo aos benefícios que demonstram os resultados com índices positivos para qualidade de vida e saúde física e mental (PANZINI; BANDEIRA, 2005). Porém, os autores relatam que este enfrentamento pode ser “uma faca dois gumes”, quando a religiosidade/espiritualidade entram tanto com o poder de curar quanto com o poder de prejudicar.

Adentrando na expressão acima citada, há necessidade de reportarmos ao conceito que Cummins e Pargament (2010) trazem de estressores ligados à saúde, que são fatores que representam alguma ameaça ao conforto físico e manutenção das atividades diárias. Segundo Pargament (1997) apud Cummins e Pargament (2010) o enfrentamento religioso acontece quando se coloca o sagrado como alvo ou como método para responder ao fator estressor.

Para colaborar, Panzini (2004) coloca que os esquemas religiosos podem mediar estes estímulos de estratégia para soluções de problemas, conferindo significado, recuperação e facilitação no processamento da situação. Diante da importância destes tipos de enfrentamento, Panzini (2004) se coloca para traduzir, adaptar e validar a versão da escala RCOPE, com 205 itens, produzida por Pargament, Koenig e Perez nos anos de 2000, devido à sua estrutura considera diversos estilos de *coping* e estratégias de CRE positivos e negativos, e com potencial aplicabilidade no contexto brasileiro, que permitiria a compreensão da interação das dimensões religiosas e espirituais.

O processo de validação de Panzini (2004) contou com participação de líderes religiosos e amostra de 50 estudantes universitários nas etapas de adaptação da escala ao contexto brasileiro e recebimento sugestões para possíveis modificações terminológicas ou identificação de métodos não contemplados nesta versão, chegando ao resultado da versão final revisada com 87 itens que após este processo, recebeu o nome de Escala de *Coping* Religioso Espiritual (Escala de *Coping*). Após o fechamento da tradução e escolha dos itens compostos, Panzini (2004) contou com uma amostra final de 616 participantes, validando a versão brasileira, cujo objetivo é “preencher a lacuna de instrumentos para avaliar a

religiosidade” no nosso país, com isso aumentar o número de pesquisas na área da psicologia da religião.

Panzini e Bandeira (2005) revelam a importância dessa validação por essa escala ir “ao encontro da necessidade internacional de instrumentos mais compreensivos e abrangentes, que possam ser válidos e úteis em pesquisas e significativos na prática clínica”.

Com as pesquisas sendo instaladas no âmbito internacional, como conta Esperandio, Escudero, Fernandes e Pargament (2018), surge a Escala Breve Reduzida do *Coping* Religioso Espiritual (Brief - RCOPE) desenvolvida por Pargament *et al* (2011). Com isso, os autores, ao verificarem a necessidade de um escala mais breve e que seja validada no Brasil, iniciaram a construção da validação dela.

Esta escala Brief-RCOPE é subdividida em duas subescalas, cada uma com 07 itens, que apresentam métodos de enfrentamento religioso-espiritual positivo ou negativo, totalizando 14 itens para avaliação. O processo de construção desta versão simplificada contou com 42 acadêmicos para direcionar a clareza semântica à amostragem brasileira e 525 participantes para validação dos resultados. Com isso, Esperandio *et al* (2018) legitimam a versão breve reduzida, que é apresentada como útil ao contexto brasileiro, devido à sua natureza do processo de validação ter sido realizada em vários estados, é uma escala de uso rápido.

Vários estudiosos brasileiros propuseram instrumentos para mensurar a espiritualidade, a exemplo de Valente *et al* (2018) e Aquino *et al* (2013). No presente trabalho, usaremos a escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) validada por Esperandio *et al* (2018), pois essa escala curta ajudará a compreensão acerca do enfrentamento religioso em Pessoas Vivendo com HIV no tocante à adesão terapêutica.

5 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, visto que por meio dos dados estatísticos obtidos a partir da coleta, confirmaria as hipóteses levantadas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). O estudo fora do tipo descritivo, devido à natureza temática envolvida entre o HIV, enfrentamento e adesão terapêutica e a sua correlação entre os grupos envolvidos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

5.1 INSTRUMENTOS

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, utilizamos um questionário sócio demográfico e a escala CRE na sua versão breve e reduzida (escala Brief - RCOPE), que fora validada por Esperandio *et al* (2018) contendo 14 itens, subdividida em duas subescalas, cada uma com 07 itens, que apresentam métodos de enfrentamento religioso-espiritual positivo ou negativo. As subescalas apresentam fatores independentes para o positivo e negativo e apresentou uma medida de Alfa de Cronbach de 0,884 para os fatores positivos (F1) e 0,845 para os fatores negativos (F2) no estudo de validação.

5.2 AMOSTRA

A população se remete aos usuários do serviço de dispensação de Antirretrovirais do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, na cidade João Pessoa - PB. Tendo por objetivo melhor análise, utilizamos dois grupos para verificação: aderentes e não aderentes ao tratamento.

Os critérios de inclusão para o grupo dos aderentes à terapia antirretroviral (TARV) foram: ser maior de 18 anos, estar em uso da TARV há mais de seis meses e estar em condições de responder aos questionários sem a interferência da pesquisadora.

Os critérios de inclusão para o grupo dos não aderentes à TARV foram: ser maior de 18 anos, estar em indicação de TARV por mais de 6 meses, ter condições de responder aos questionários sem a interferência da pesquisadora e estar há mais de 101 dias de atraso, no retorno à dispensação dos medicamentos que fazem parte da TARV.

Os critérios de exclusão para todos grupos foram: ser menor de 18 anos, estar com menos de 6 meses em uso de TARV prescrita, não ter condições de responder aos questionários sem a interferência da pesquisadora e a recusa da assinatura do termo de

consentimento livre e esclarecido. Observou-se também a última data de comparecimento ao setor de dispensação, com a finalidade de incluir e classificar o questionário o qual fará parte da estatística.

5.3 PROCEDIMENTOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPB por meio do Certificado de Apresentação para a apreciação ética (CAAE) de nº 12930119.8.00005188. Desse modo, seguindo as orientações, em todas as etapas, o sigilo e a identidade do usuário foram preservados.

Escolheu-se o Complexo Hospitalar Clementino Fraga por ser o hospital de referência em Infectologia na cidade de João Pessoa-PB. Os usuários foram abordados aleatoriamente enquanto esperavam atendimento no ambulatório do hospital ou na fila, onde recebem a medicação.

A logística para conseguir aplicar questionários no grupo dos não-aderentes, contou com a contribuição das equipes do atendimento ao usuário no hospital (esse público-alvo não teria uma data específica para retorno ao serviço).

O pesquisador apresentou-se aos candidatos a entrevista de forma respeitosa, e detalhando quais os objetivos da pesquisa em questão. O anonimato das respostas foi ressaltado antes mesmo de saber se haveria anuência em respondê-lo, e da entrega do questionário. Tornou-se necessário trocar a palavra “espiritualidade” por “religiosidade” durante a abordagem dos respondentes: a recusa em participar foi grande quando o pesquisador identificou o questionário como “pesquisa sobre espiritualidade”, devido à interpretação dada ao termo pelos pacientes, receando tratar-se de “espiritismo”, “comunicação com espíritos”, “coisas que minha igreja não permite”.

6 ANÁLISE DE DADOS

A tabulação e análise de dados foi realizada no software IBM SPSS (Versão 22). Estatísticas descritivas (média, desvio-padrão e porcentagem) foram realizadas para caracterizar o perfil dos participantes nas variáveis sociodemográficas e nos fatores de enfrentamento positivo e negativo. Além disso, realizaram-se teste t para amostras independentes para comparar o *coping* religioso espiritual entre aderentes e não-aderentes, objetivando verificar qual estilo de *coping* é utilizado independente do grupo o qual faz parte e teste t para amostras pareadas para compreender o tipo de *coping* mais utilizado na amostra, comparando-as entre os grupos aderente e não aderente. Dessa feita, utilizou-se um nível de significância de 5%.

6.1 RESULTADOS

Entrevistaram-se 117 usuários de uso regular da TARV (aderentes) e 37 usuários que haviam abandonado a TARV (ou não-aderentes). Houve um grande número de recusas em responder ao questionário, cujas razões estão elencadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Recusas de participação

Motivos de Recusas de Participação	N
Dificuldade de leitura	27
Falta de Tempo	16
Recusas orais sem detalhes do motivo	63
Debilitado	5
Não completaram o preenchimento	3
Não fazia parte da amostra	5
Não respondeu ao questionário	8
Total:	127

Fonte: Autoria própria (2020)

Dentre os motivos não detalhados, notou-se:

- a) medo da exposição pública;
- b) o tempo na fila para receber a medicação na farmácia ambulatorial era curto, desestimulando o preenchimento de um questionário;
- c) o pedido de participar de uma pesquisa sobre religiosidade, naquele contexto, causava estranheza e rejeição.

6.2 PARTICIPANTES

A amostra contou com 117 (76%) aderentes e 37 (24%) não aderentes. As idades variaram entre 17 e 66 anos ($M = 35,4$; $DP = 10,66$). No total da amostra, a maioria é da zona urbana (80,5%). As escolaridades mais frequentes foram ensino fundamental completo (19,5%) e ensino médio completo (19,5%). A maior parte possui renda familiar de até 1 salário mínimo (52,6%) e estado civil solteiro(a) (69,5%). O perfil sociodemográfico é detalhado separadamente para aderentes e não-aderentes na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica¹

Variáveis	Aderentes		Não-aderentes		Total	
	n	%	n	%	N	%
Mora em zona rural?						
Sim	13	11,1	4	10,8	17	11,0
Não	93	79,5	31	83,8	124	80,5
Ausente	11	9,4	2	5,4	13	8,4
Mora em zona urbana?						
Sim	94	80,3	30	81,5	124	80,5
Não	12	10,3	5	13,5	17	11,0
Ausente	11	9,4	2	5,4	13	8,4
Escolaridade						
Fundamental Incompleto	17	14,5	13	35,1	30	19,5
Fundamental Completo	13	11,1	2	5,4	15	9,7
Ensino Médio Incompleto	16	13,7	8	21,6	24	15,6
Ensino Médio Completo	23	19,7	7	18,9	30	19,5
Ensino Superior Incompleto	20	17,1	4	10,8	24	15,6
Ensino Superior Completo	10	8,5	2	5,4	12	7,8
Pós-Graduação Incompleta	3	2,6	0	0,0	3	1,9
Pós-Graduação Completa	11	9,4	0	0,0	11	7,1
Ausente	4	3,4	1	2,7	5	3,2
Fundamental Incompleto até a:						

¹ Nota: n = frequência absoluta de pessoas; % = porcentagem.

1ª série	1	0,9	0	0,0	1	0,6
2ª série	0	0,0	0	0,0	1	0,6
3ª série	3	2,6	1	2,7	4	2,6
4ª série	2	1,7	1	2,7	3	1,9
5ª série	4	3,4	0	0,0	4	2,6
6ª série	1	0,9	0	0,0	1	0,6
7ª série	2	1,7	2	5,4	4	2,6
8ª série	2	1,7	2	5,4	4	2,6
9º ano	0	0,0	1	2,7	1	0,6
Completo fundamental	102	87,2	30	81,1	132	85,7
Renda familiar						
1 salário mínimo	52	44,4	29	78,4	81	52,6
2 a 3 salários mínimos	31	26,5	5	13,5	36	23,4
Até 5 salários mínimos	6	5,1	0	0,0	6	3,9
Entre 5 e 10 salários mínimos	7	6,0	0	0,0	7	4,5
Mais de 10 salários mínimos	3	2,6	1	2,7	4	2,6
Mais de 20 salários mínimos	1	0,9	0	0,0	1	0,6
Ausente	17	14,5	2	5,4	19	12,3
Estado Civil						
Solteiro	81	69,2	26	70,3	107	69,5
Casado	17	14,5	4	10,8	21	13,6
Divorciado	6	5,1	3	8,1	9	5,8
Viúvo	1	0,9	0	0,0	1	0,6
Outros	6	5,1	4	10,8	10	6,5
Ausente	6	5,1	0	0,0	6	3,9
Outro Estado Civil						
Desquitada	1	0,9	0	0,0	1	0,6
Vive juntos	2	1,8	1	2,7	3	2,6
Namorando	1	0,9	0	0,0	1	0,6
Nunca casarei	0	0,0	1	2,7	1	0,6
Relacionamento sério	1	0,9	0	0,0	1	0,6
União estável	0	0,0	2	5,4	2	1,3
Respondeu pergunta anterior	112	95,7	33	89,2	145	94,2

Fonte: Autoria própria (2020)

Em relação à Identidade de Gênero, houve maioria de homens cisgêneros (58,4%). A maior parte dos respondentes era homossexual (41,6%), seguido de heterossexuais (41,6%) e bissexuais (7,1%). Apenas uma pessoa da amostra de Aderentes afirmou ser pansexual. Destaca-se que 23 (14,9%) participantes não responderam a essa pergunta. A caracterização da identidade de gênero e orientação sexual é apresentada detalhadamente na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da Identidade de Gênero e Orientação Sexual²

Variáveis	Aderentes		Não-aderentes		Total	
	n	%	n	%	N	%
Identidade de Gênero						
Homem Cisgênero	72	61,5	18	48,6	90	58,4
Mulher Cisgênero	26	22,2	12	32,4	38	24,7
Homem Transexual	3	2,6	2	5,4	5	3,2
Mulher Transexual	1	0,9	1	2,7	2	1,3
Outra	6	5,1	1	2,7	7	4,5
Ausente	9	7,7	3	8,1	12	7,8
Outro Gênero						
Feminina	1	0,9	0	0,0	1	0,6
Não-binário	1	0,9	0	0,0	1	0,6
Respondeu pergunta anterior	115	98,3	37	100,0	152	98,7
Orientação Sexual						
Heterossexual	35	29,9	15	40,5	50	32,5
Homossexual (Gay/Lésbica)	54	46,2	10	27,0	64	41,6
Bissexual	10	8,5	1	2,7	11	7,1
Outra	4	3,4	2	5,4	6	3,9
Ausente	14	12	9	24,3	23	14,9

Fonte: Autoria própria (2020)

Em relação à religiosidade, 85,7% da amostra geral afirmou acreditar em Deus (ou algo superior). Quanto ao tipo de religião, a maioria se declarou católica (42,2%) seguido da evangélica (18,8%). A maioria (59,1%) não mudou de religião ao longo da vida. A caracterização das variáveis acerca da religiosidade está sumarizada na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização da Religiosidade³

Variáveis	Aderentes		Não-aderentes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Você acredita em Deus?						
Sim	99	84,6	33	89,2	132	85,7
Não	2	1,7	0	0,0	2	1,3
Não sei	6	5,1	1	2,7	7	4,5
Ausente	10	8,5	3	8,1	13	8,4
Religião						
Ateu	1	0,9	1	2,7	2	1,3
Sem religião, mas espiritualizado	26	22,2	8	21,6	34	22,1
Católico	48	41,0	17	45,9	65	42,2
Protestante	0	0,0	1	2,7	1	0,6

² Nota: n = frequência absoluta de pessoas; % = porcentagem.

³ Nota: n = frequência absoluta de pessoas; % = porcentagem.

Evangélico	25	21,4	4	10,8	29	18,8
Espírita	5	4,3	0	0,0	5	3,2
Budista	1	0,9	0	0,0	1	0,6
Umbandista	3	2,6	3	8,1	6	3,9
Outro	5	4,3	2	5,4	7	4,5
Ausente	3	2,6	1	2,7	4	2,6
Outras religiões						
Agnóstico	2	1,7	0	0,0	2	1,3
Candomblé	1	0,9	1	2,7	2	1,3
Não sei	0	0,0	1	2,7	1	0,6
Profeta de Deus	1	0,9	0	0,0	1	0,6
Respondeu a pergunta anterior	113	96,6	35	94,6	148	96,1
Já mudou de religião?						
Sim	37	31,7	20	54,1	57	37,0
Não	75	64,1	16	43,2	91	59,1
Ausente	5	4,3	1	2,7	6	3,9

Fonte: Autoria própria (2020)

6.3 VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA INTERNA DO CRE NO CONTEXTO DE PVHIV

Uma Análise Fatorial dos Eixos Principais foi realizada para identificar a adequação da estrutura fatorial na amostra utilizada. Como resultado, encontrou-se um KMO = 0,79 e Teste de Esfericidade de Bartlett significativo [$X^2(91) = 799,02$; $p < 0,001$]. Foram extraídos dois fatores com autovalores 4,86 e 2,95, respectivamente, e explicaram conjuntamente 55,89% da variância total, corroborando com a estrutura original. As cargas fatoriais mais altas nos fatores, destacadas em negrito, apresentaram-se satisfatórias com valores acima 0,50. A consistência interna do fator geral foi de 0,85, sendo satisfatório para nível de pesquisa. Além disso, a consistência interna foi adequada para os dois fatores: Enfrentamento Positivo ($\alpha = 0,87$) e Enfrentamento Negativo ($\alpha = 0,84$). Os resultados da AFE e consistência interna são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Estrutura Fatorial e Consistência Interna da CRE⁴

Itens	M	DP	F1	F2	α se o item for excluído
1.Procurei uma ligação maior com Deus	3,78	1,163	0,73	-0,04	0,85
2.Procurei o amor e a proteção de Deus	3,99	1,134	0,86	0,06	0,84
3.Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva	3,63	1,347	0,67	0,20	0,86
4.Tentei colocar meus planos em ação com a	3,91	1,209	0,82	0,03	0,85

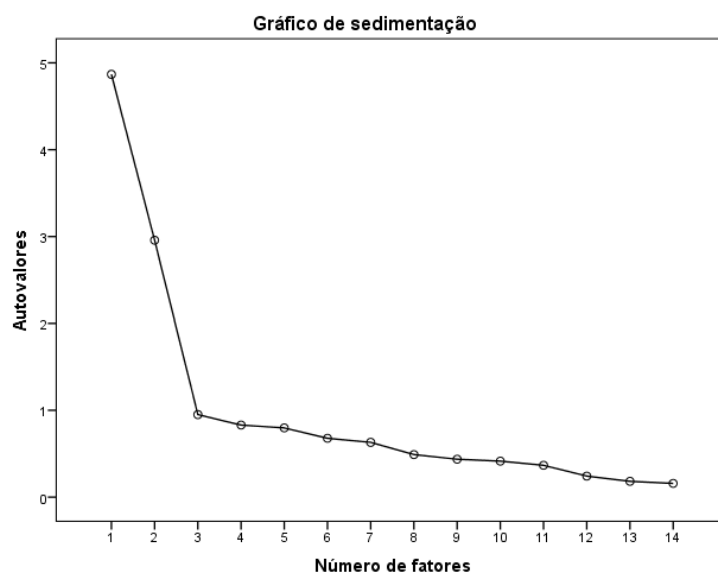
⁴ Nota: F1 = Enfrentamento Positivo; F2 = Enfrentamento Negativo; M = média; DP = desvio-padrão.

ajuda de Deus					
5.Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação	3,97	1,181	0,75	0,13	0,86
6.Pedi perdão pelos meus erros (ou pecados)	3,85	1,255	0,56	0,24	0,87
7.Foquei na religião para parar de me preocupar com os meus problemas	2,84	1,455	0,53	0,12	0,88
8.Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	2,38	1,432	0,05	0,71	0,81
9.Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé	2,35	1,394	0,12	0,79	0,80
10.Fiquei imaginando o que fiz para Deus me castigar	2,54	1,414	0,08	0,70	0,81
11.Questionei o amor de Deus por mim	2,39	1,514	0,07	0,70	0,80
12.Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado	1,73	1,188	0,14	0,55	0,82
13.Cheguei a conclusão que forças do mal atuaram para isso acontecer	2,31	1,500	0,13	0,55	0,83
14.Questionei o poder de Deus	1,84	1,322	0,03	0,55	0,83
Número de itens			7	7	
Autovalor			4,86	2,95	
Alfa de Cronbach			0,87	0,84	

Fonte: Autoria própria (2020)

O gráfico de sedimentação ou Critério de Cattell mostra o número de fatores possíveis (eixo x) e os autovalores de cada fator. A partir da visualização do gráfico, pode se observar a predominância de dois fatores.

Gráfico 1 – Gráfico de sedimentação



Fonte: Autoria própria (2020)

6.4 COMPARAÇÃO DO *COPING* ENTRE ADERENTES E NÃO-ADERENTES

Uma análise de comparação de médias paramétricas (teste t para amostras independentes) foi efetuada para comparar o *coping* positivo e o negativo na adesão terapêutica. Os resultados estão expressos na Tabela 5.

Tabela 5 - Comparação do *Coping* entre Aderentes e Não-aderentes⁵

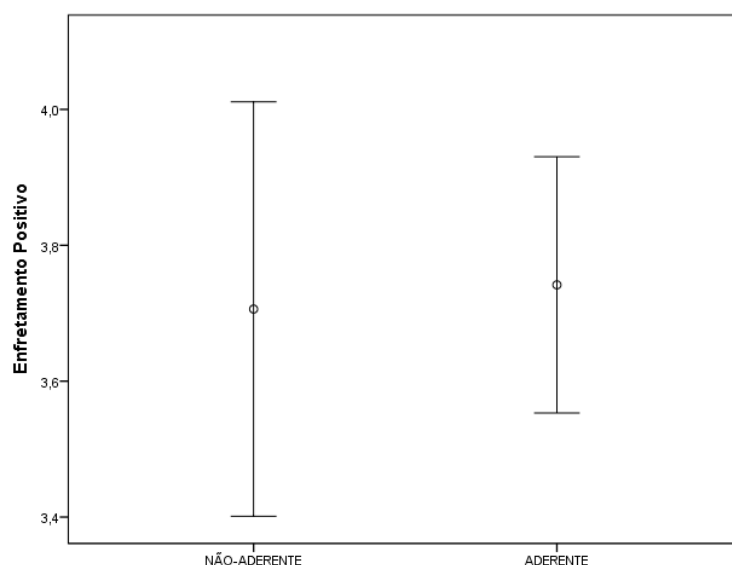
Fatores	Aderentes		Não-aderentes		Teste t	
	M	DP	M	DP	t	p-valor
Enfrentamento Positivo	3,74	0,96	3,71	0,88	-0,19	0,848
Enfrentamento Negativo	2,11	0,95	2,53	1,09	2,03	0,044

Fonte: Autoria própria (2020)

Observou-se uma maior média de enfrentamento positivo no grupo de aderentes (M = 3,74; DP = 0,96), comparados aos não-aderentes (M = 3,71; DP = 0,88), entretanto, tal diferença não foi significativa [t (137) = -0,19; p-valor = 0,848].

Por outro lado, verificou-se uma maior média de enfrentamento negativo no grupo de não-aderentes (M = 2,53; DP = 1,09) do que no de aderentes (M = 2,11; DP = 0,95), sendo esta diferença significativa [t (126) = 2,03; p-valor = 0,044].

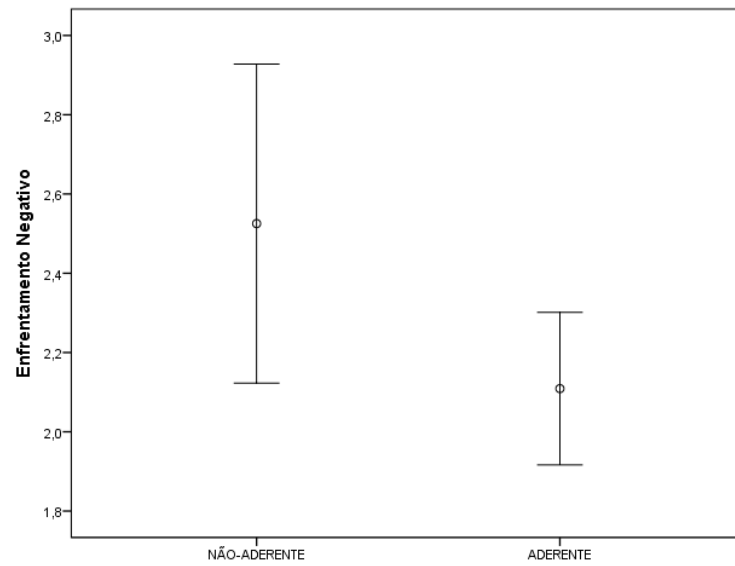
Figura 1 - comparação das estratégias positivas entre os grupos



Fonte: Autoria própria (2020)

⁵ Nota: t – Estatística do teste; p = probabilidade de erro do Tipo I; M = média; DP = desvio-padrão.

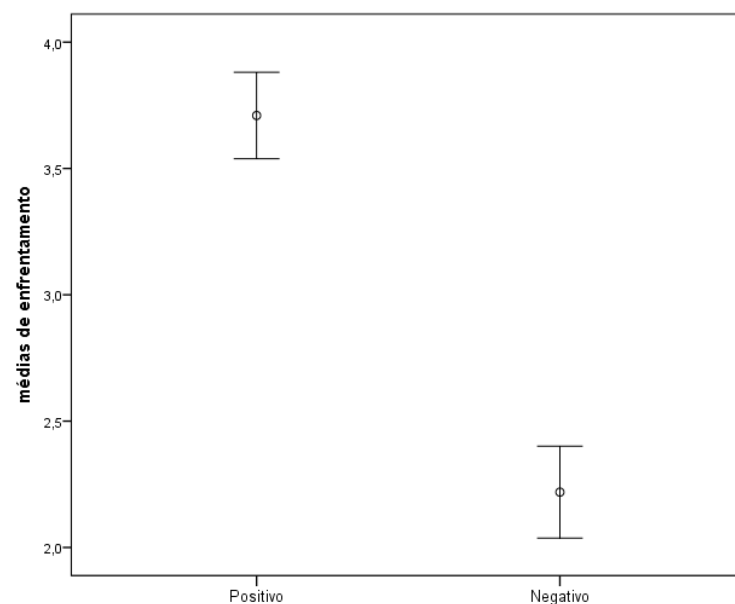
Figura 2 - Comparação das estratégias negativas entre os grupos



Fonte: Autoria própria (2020)

Além disso, por meio de um teste t para amostras pareadas, comparou-se o enfrentamento positivo e negativo na amostra geral, ou seja, agrupando as duas amostras da pesquisa para compará-la (Figura 3). Com isso, observou-se que os participantes recorrem a enfrentamentos positivos ($M = 3,71$; $DP=0,94$) de modo significativamente maior do que enfrentamentos negativos ($M = 2,22$; $DP = 1,00$) [$t(119) = 13,68$; $p < 0,001$].

Figura 3 - Comparação entre as estratégias positivas e negativas



Fonte: Autoria própria (2020)

7 DISCUSSÃO

No campo dos dados sociodemográficos, ao final do questionário, algumas vezes foi preciso esclarecer o que seria “identidade de gênero”: 7.8% da amostragem deixou esta questão em branco, e alguns respondentes perguntaram diretamente à pesquisadora o que significava o termo “cis” e “trans” que estava no questionário, mostrando que esses termos ainda são confusos para as PVHIV, tornando a pergunta incompreensível a alguns.

A diferenciação pareceu relevante para a composição dos dados desta pesquisa, mas na coleta mostrou ser um empecilho contornável. Logo, em estudos futuros, com a explicação adequada, por escrito e dentro do próprio quesito, evitando constrangimentos para o respondente e desejabilidade social na resposta.

A maioria da amostragem (85,7%) afirmou acreditar em Deus (ou em algum ser superior), mostrando que a dimensão da religiosidade é presente e relevante para as PVHIV em João Pessoa. Aquelas que se disseram espiritualizadas, mas sem uma filiação religiosa totalizaram 22,1%.

O resultado apresentado remete ao contexto que Stern, Bein e Hanegraaff (2017) expõe o simbolismo coletivo, o qual pode ser reinterpretado de modo individual, inclusive o sistema não-religioso, e que a própria religião é confrontada com a concorrência de espiritualidades autônomas. Dessarte, como o autor traz que há a personalização aos símbolos religiosos, cria assim uma nova espiritualidade, logo, cada religião se desmembra em outras várias formas de exercê-la de forma que levará uma nova tradição espiritual.

A desfiliação religiosa foi percebida por Ferreira, Favoreto e Guimarães (2012) ao descreverem que a não aderência ao sistema religioso específico não estaria enfraquecendo a importância da religião na vida, mas geraria uma um compromisso maior com a religiosidade interno. Isso ocorre devido às experiências subjetivas e relativas ligadas à religiosidade que fortalecem o indivíduo no tocante às dúvidas e aos sofrimentos gerados no processo do adoecimento.

Calvani (2014) coloca que esta nova espiritualidade não-religiosa seria um reflexo da fragilidade institucional, que gera o “peso das formalidades burocráticas”, trazendo desconfiança “quanto ao potencial humanizador das mesmas”. Essa fragilidade pode ser percebida fortemente no universo pesquisado, pois a pessoa vivendo com HIV, além de lidar com a descoberta sorológica, sofre com o estigma social existente, refletido também no universo religioso, principalmente quando verificamos o fluxo migratório de religiões (37,0%

no geral). Por outro lado, quando analisamos separadamente este grupo, esse valor sobe para 54,1%, no grupo dos não-aderentes.

As narrativas trazidas por Ferreira, Favoreto e Guimarães (2012) contam como ocorre a influência no conviver com o vírus do HIV. A religiosidade torna-se marcante nas histórias de vida, quer seja no relato de abandono de tratamento, quer no apoio fundamental para continuidade do sentido de vida.

A descoberta do diagnóstico gera transformações na rotina da pessoa vivendo com HIV, pois são introduzidas visitas constantes ao serviço especializado e medicação de uso contínuo que favorecem a supressão viral e aumento da imunidade. Essas transformações geram respostas de enfrentamento frente à descoberta sorológica. Além disso, a adesão ao tratamento é fator importante para essa resposta clínica favorável (REMOR *et al*, 2017).

Em um estudo realizado com mulheres negras vivendo com HIV por Hobbs (2010), achou-se que a adesão à medicação não está relacionada ao bem-estar espiritual, apoio social ou confiança no médico, porém verificou-se uma correlação positiva entre o bem-estar espiritual e confiança na equipe de saúde. Diferentemente do resultado obtido, atestou-se, por meio dos dados estatísticos, que perfis de enfrentamento diferente nos dois grupos assistidos: entre os aderentes ao tratamento o uso de estratégias de enfrentamento positivo (valor $M = 3,74$) e negativo (valor $M = 2,11$) foi visualizado. Já entre o grupo dos não aderentes (os que não retornaram ao serviço), o uso de estratégias de enfrentamento positivo (valor $M = 3,71$) e negativo (valor $M = 2,53$).

Em resumo, os dois grupos recorreram a estratégias de enfrentamento tanto positivas quanto negativas, mas o CRE negativo, pelo grupo dos não-aderentes, foi maior e significativo. No Brasil, estudos mostram que o enfrentamento positivo é o mais utilizado entre PVHIV. (PINHO *et al*, 2017; LEE; NEZU; NEZU, 2014; MELLIGI, 2009).

Na revisão bibliográfica realizada por Badanta-Romero, Diego-Cordero e Rivilla-García (2018), que tinha como objetivo conhecer a influência de elementos da religiosidade e espiritualidade na adesão medicamentosa, apresentou como resultados nove artigos focados em pessoas vivendo com HIV. Dois artigos demonstram a influência positiva da religiosidade sobre a adesão terapêutica, cinco relatam a influência negativa da relação, um artigo relata as duas influências de resultados e um artigo resultou em que a relação não estava estabelecida.

A escassez de estudos similares ao presente tema limita a validade externa destas conclusões. Entretanto, são encontrados resultados que corroboram as hipóteses levantadas nesta pesquisa, tal como a associação do enfrentamento religioso espiritual positivo com melhores resultados em saúde, dos quais podemos citar: a influência sobre a carga viral e

Linfócitos T CD4/CD8 (PINHO *et al*, 2017; MORAES, 2017; OLIVEIRA, 2013), a importância na manutenção da esperança no conviver com vírus (PINTO, 2010; GUILLEN *et al*, 2014) e a resiliência nas adversidades relacionadas (BRITO, 2016; BEZERRA, 2015).

Ao analisar os achados de Pinho *et al* (2017) e Lee, Nezu e Nezu (2014), verifica-se a mesma tendência: o uso do *Coping* Religioso Espiritual positivo.

O item mais expressivo e utilizado como estratégia de enfrentamento nos dois grupos, foi o quesito “Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação” (M=3,97; DP 1,181). Santo (2011, p.173) comenta que o relacionamento com o divino está ligado à “responsabilização pelos acontecimentos da vida cotidiana” e também como “fonte de apoio para lidar com o diagnóstico positivo para o HIV”, validando o achado. Paine e Sandage (2019) discorrem que a oração é um fator importante para diminuir o sentimento de distanciamento da espiritualidade relacionada ao sagrado.

Também Curcio e Moreira-Almeida (2019, p.209) validam essa proposição em pacientes de outras enfermidades, quando reportam que perceberam na coleta dos dados qualitativos uma forte presença de *coping* religioso espiritual no discurso dos participantes. Por várias vezes, os entrevistados se reportaram ao papel de Deus, da fé para lidar com problemas pessoais (inclusive com o adoecimento e/ou luto do ente decorrente da internação no primeiro período da coleta dos dados), dado que também aparece na análise quantitativa, com relação ao auto relato de espiritualidade.

Lemos (2019), em sua revisão bibliográfica constatou que a espiritualidade e a religiosidade se apresentam como influência positiva na saúde nos processos de enfrentamento da desordem e do caos interno que surge quando a doença aparece. Também, a autora complementa que o doente busca o conforto que a espiritualidade e a religiosidade conferem, depositando sobre elas a esperança de cura que a ciência não conseguiu oferecer.

Em sua sociedade que está inserida no contexto religioso, o imaginário em que o transcendente é um apoiador está presente, e como Pinto (2010, p.111) concluiu em sua pesquisa que “a religião exerce uma forte influência nos pensamentos e atitudes das pessoas. Isto seria uma forma de preparar cada uma destas para o enfrentamento da doença”. Isso tem como resultado a manutenção da esperança no enfrentamento e que pessoas que lidavam com a condição de soropositividade de forma mais adaptativa e, ao fazerem uso de sua religiosidade, faziam-no de forma positiva – buscando em Deus amor, cuidado, ajuda, força e perdão – e tendem a apresentar mais sentimentos prazerosos relativos ao bem-estar subjetivo (FARIA; SEIDL, 2006).

Pinho *et al* (2017) afirmam que relevância do uso da religiosidade e da espiritualidade no enfrentamento do HIV. Assim, como verificado por França (2018, p.9) ao descrever a influência no conviver com o vírus HIV, relata que a “ressignificação da vida em busca de superação” dos estigmas que são inerentes ao processo do adoecer, lhes conferindo um conjunto de novos significados que trazem um sentido de resiliência e ressignificação no enfrentamento da patologia.

Diante dos sentimentos envolvidos com a descoberta diagnóstica e da importância da adesão à terapia antirretroviral prescrita, a espiritualidade em sua forma saudável produz sentimentos positivos que ajudam a PVHIV a tomar decisões que apontem para a manutenção da vida, buscando a cura e desejo de viver, melhorando a qualidade de vida. (SANTO *et al*, 2011; KREMER; IRONSON; PORR, 2009; HIPÓLITO *et al*, 2017; OLIVEIRA, 2013; FERREIRA, 2016). Dessa forma, tornando a postura que Santo *et al* (2013, p.462) traz, a adesão revela a forma representativa e concreta “luta pela vida e a mobiliza a encontrar sentido para viver”.

Como trazem Guillen *et al* (2014), por meio da religião/espiritualidade que o indivíduo interage com a comunidade diminuindo os efeitos da segregação social, normalmente atrelado à doença, à alienação e à religião gerando uma percepção de segurança. Nesse sentido, a crença serve como apoio emocional, social e no suporte dos problemas da vida cotidiana. Essas pessoas, ao frequentar uma determinada religião, culminam por aceitar e aprendem a conviver com o HIV/AIDS, tendo em vista que a fé que esses indivíduos possuem, conferem-lhes a esperança de cura juntamente com o tratamento medicamentoso auxiliando no enfrentamento de problemas pessoais, sociais e emocionais, apresentando como consequência maior adesão ao tratamento com antirretrovirais. Logo, há melhoria da qualidade de vida que Hipólito *et al* (2017) também falam é percebida no processo do (con)viver com o HIV perante a sociedade.

A espiritualidade e/ou a religião foi relatada por Gomes *et al* (2019) como uma fonte de apoio na adesão medicamentosa que é tão importante para a manutenção dos aspectos psicobiológicos da PVHIV, cujas expressões com elementos de fé e religiosidade lhe conferem forças e nutrem a esperança do manter-se vivo por meio da ligação com o ser transcendente Deus, de ajudar o outro, e dar força e afeto por meio de visitas a pessoas doentes nos hospitais (SANTO, 2011). Desse modo, essa espiritualidade usada de forma positiva, ajuda o usuário a lidar com os efeitos colaterais, logo melhora a adesão (KREMER; IRONSON; PORR, 2009).

Na mesma linha de pensamento, Carvalho (2008, p.80) elucida a espiritualidade e a religiosidade como uma “fonte de esperança de futuros melhores” no contexto de melhor adesão à TARV. Sendo a espiritualidade um agente disparador para “busca de sentidos e significados para a existência, na ânsia por manterem-se dignos em sua caminhada buscaram por Deus e outros entes divinos, num movimento de aproximação com o sagrado por meio da manifestação da religiosidade” (LIMA; MARROLA; CARVALHO, 2017, p.76).

Diante da descrição dos benefícios do enfrentamento religioso positivo em PVHIV, partiremos para a descrição do outro lado do processo: o enfrentamento religioso negativo. Fator importante para adesão terapêutica conforme teóricos e o próprio resultado estatístico obtido. A PVHIV tem que lidar com a vulnerabilidade, além dos desafios inerentes às próprias questões sorológicas, o indivíduo passa a lidar com as questões sociais, como a discriminação e o preconceito. (LEE; NEZU; NEZU, 2014).

Contudo, além do estímulo à adesão medicamentosa, a espiritualidade também pode ajudar no processo de lidar com os efeitos colaterais envolvidos pelo próprio mecanismo de ação dos vários princípios ativos que são prescritos, inclusive com relatos de menos sintomas e efeitos decorrentes da TARV, que influenciam na qualidade de vida da PVHIV (KREMER; IRONSON; PORR, 2009; NEVES *et al*, 2018).

Necessitando de um olhar mais minucioso para este tipo de enfrentamento e a adesão terapêutica, Melligi (2009) elucida que o enfrentamento negativo se torna um fator que gera dificuldade no processo de adesão terapêutica devido ao sofrimento espiritual. Então, analisando os resultados obtidos pela coleta de dados, verificamos pontos que nos ajudam a entender melhor o processo de adesão terapêutico e o enfrentamento religioso.

Em nosso trabalho, verificou-se que o enfrentamento religioso positivo foi utilizado de forma predominante nos dois grupos do estudo em questão: os aderentes à terapia obtiveram um valor maior ($M = 3,74$; $DP = 0,96$) que os pertencentes ao grupo não-aderente ao tratamento ($M = 3,71$; $DP = 0,88$). Como valores encontrados nos dois grupos, pode-se colocar em questão que o CRE positivo, não aumenta a adesão à TARV, porque os valores obtidos não mostraram significância estatística para fazer tal afirmação.

Mas, ao analisarmos as médias dos dois grupos, em se tratando do enfrentamento religioso negativo, verificamos que esse foi mais utilizado pelo grupo dos não aderentes ($M = 2,53$; $DP = 1,09$) que o grupo dos aderentes ($M = 2,11$; $DP = 0,95$), validando a hipótese levantada que fora proposta no início, de que a religiosidade e espiritualidade são fatores que geram a força e vigor de manter aderente à terapêutica, pois é o acompanhamento clínico e

uso regular das medicações prescritas que mantêm os níveis de célula de defesa e carga viral favorável à manutenção da vida.

Lee, Nezu e Nezu (2014) descrevem a religião como um recurso importante na terapêutica das PVHIV, expondo-a como um aspecto benéfico importante para compreensão da sua realidade, e consequentemente enfrentamento saudável dos problemas e aceitação do cuidado. Da mesma forma, os autores abrem um olhar para o enfrentamento religioso negativo e seus efeitos maléficos sobre o bem-estar e qualidade de vida, em relação às lutas internas oriundas dos desapontamentos espirituais desencadeados pelo diagnóstico, cujos efeitos correlacionam-se com os sintomas depressivos.

Lee, Nezu e Nezu (2014) trabalham esse enfrentamento quando pesquisaram que o *coping* religioso negativo pode ter sido desencadeado por sentimentos de culpa, vergonha interna associados (ou não) a comportamentos e o medo de transmissão do vírus, que tornam as PVHIV vulneráveis a problemas psicossociais.

Gomes *et al* (2019, p.5) informam que “a depressão e perda da vontade de viver podem acontecer no momento imediato da descoberta da soropositividade, à medida que o tempo passa a PVHIV começa um processo de reconstrução e ressignificação da vida”. No estudo citado, fora observado a importância do trabalho com foco na espiritualidade e religiosidade, a rede social e apoio à PVHIV.

Na presente pesquisa, o item 12, o qual diz: “Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado”, configurou-se com o menor índice ($M = 1,17$; $DP = 1.188$). Achado que chama atenção pelas diversos teóricos que descrevem a relação entre o apoio social, (con)viver com o HIV e a adesão terapêutica. O apoio social fornecido pela religião, família e profissionais de saúde pode ajudar como mais uma ferramenta na ressignificação da vivência (GOMES *et al*, 2019; NEVES *et al*, 2018; MARTINEZ *et al*, 2012; GUILLEN *et al*, 2014).

Porém, verifica-se a presença do fator negativo do sentir-se abandonado por seu grupo. Através de uma das narrativas utilizadas por Ferreira, Favoreto e Guimarães (2012), eles descrevem o sentimento de uma PVHIV que se sentiu isolada do seu grupo religioso após descoberta da sua soropositividade, mas viu nesta situação a possibilidade de outras forças de ligação Deus transcendente, encaixando no grupo dos espiritualizados sem religião. Outro relato é fornecido por Silva (2019) ao descrever a situação de uma mulher trans que era adepta de uma religião, mas sentia-se distante desta.

Verifica-se a importância do apoio social da religião, mas como descreve o resultado obtido, 26% consideram-se espiritualizados, sem religião. Diante deste fato, Finocchario-

Klessner *et al* (2011) trazem sugestões para diminuir a lacuna existente entre envolvimento de grupos sociais religiosos/ou não e a PVHIV, com a abertura de espaço de debate com o objetivo de reduzir o estigma na comunidade.

A aproximação supracitada é importante para o fortalecimento das estratégias de aperfeiçoamento da adesão farmacológica e melhoria da qualidade de vida das PVHIV, pela redução do estigma relacionado à presença do vírus (MARTINEZ *et al*, 2012), visto que por meio da religião o indivíduo interage com a comunidade diminuindo os efeitos da segregação social normalmente atrelado à doença, à alienação e à religião gerando uma percepção de segurança.

A crença serve como apoio emocional, social e no suporte dos problemas da vida cotidiana. Essas pessoas, ao frequentar uma determinada religião culminam por aceitar e aprendem a conviver com o HIV/AIDS, tendo visto que, a fé que esses indivíduos possuem dá a esperança de cura juntamente com o tratamento medicamentoso auxiliando no enfrentamento de problemas pessoais, sociais e emocionais apresentando como consequência maior adesão ao tratamento com antirretrovirais (GUILLEN *et al*, 2014).

Estes fatores podem afetar diretamente a adesão terapêutica, pois a aceitação desta está intimamente ligada à qualidade de vida e a vontade de viver. Santo *et al* (2013) em um estudo sobre representações sociais sobre a adesão medicamentosa e a PVHIV, verificaram que o abandono do tratamento era caracterizado pela falta de amor à vida ou amor próprio, sendo portanto ponto central. Outro achado foi a relação do abandono com a vontade de morrer (não ter mais sentido de vida, vendo a morte mais próxima) que indica uma espiritualidade prejudicada. Revelando a dificuldade de “cultivar” a espiritualidade, por causa dos conflitos que permeiam a temática da adesão.

Da mesma forma que a espiritualidade/religiosidade é utilizada de forma positiva na adesão, podemos perceber a influência negativa, quando utilizada de forma errada. Há relatos na literatura de dados de abandono ou adiamento do início de TARV por motivos de orientações de origem espiritual, mensagem de livros sagrados e promessas de curas espirituais ou divinas para o tratamento do vírus do HIV. (SANTO *et al*, 2013; THIELMAN *et al*, 2014; TUMWINE *et al*, 2012; FINOCCHARIO-KESSLER, 2011). Seguindo o alerta proferido por Faria e Seidl (2006, p.163), a religiosidade fora apontada “como fonte de suporte emocional, mas também alerta quanto à possibilidade de ser fonte de conflito e sofrimento”.

Uma sugestão apresentada por Finocchario-Kessler (2011) que, para garantir uma melhor adesão, seria incluir um olhar para a crença religiosa no cuidado integral a PVHIV,

retoma o debate a inclusão do “desenvolvimento de práticas de cuidado dos profissionais de saúde relacionadas à adesão e à terapia antirretroviral de pessoas que convivem com HIV/AIDS” (SANTO *et al*, 2013, p.462-463).

O desenvolvimento da religiosidade pode ser importante na promoção do bem-estar e altos níveis de satisfação com a vida (PAUL, 2019). Nessa perspectiva, a equipe multiprofissional precisa adentrar nesse universo com o objetivo de reconhecer para acolher as necessidades, para usá-las como fator positivo na terapêutica. (LEMOS, 2019; RADDATZ; MOTTA; ALMINHAMA, 2019). Logo, haveria um acolhimento por partes dos profissionais da saúde que incluiria a religiosidade e suas possibilidades de direcionar o comportamento, acolhendo a PVHIV de forma integral. (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012).

O acolhimento mencionado gera um vínculo maior de confiança com o paciente, isso resulta em boas estratégias de *coping* religioso usado em favor do tratamento. Pinho (2017) completa que há necessidade de considerar a dimensão religiosa-espiritual nos protocolos de atendimento à PVHIV, pois acolher esta dimensão gera um vínculo maior de confiança com o paciente, resultando em boas estratégias de *Coping* Religioso. Esse vínculo se torna importante, pois o profissional, ao compreender as questões religiosas que envolvem a adesão a terapia antirretroviral, podem juntos criar as melhores alternativas para objetivo fim da compreensão da importância da adesão terapêutica (MELO; DRUMMOND; RIBEIRO, 2018).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escala escolhida para esta pesquisa cumpriu o objetivo descrito, mesmo trabalhando com uma variável dentro do grupo dos não aderentes que não dependia do nosso esforço: o paciente que retornava ao serviço e procurava atendimento o estava fazendo por vontade própria (assim como aceitar participar da pesquisa).

Conforme os dados obtidos, chegamos ao objetivo proposto e hipóteses levantadas. Concluimos que as pessoas vivendo com HIV fazem uso do enfrentamento religioso positivo com maior frequência; porém, aqueles que estavam em situação de abandono da terapia antirretroviral apresentaram maior média de enfrentamento negativo que o grupo aderente, revelando que há uma menor interação com a religiosidade e espiritualidade em sua forma positiva de enfrentamento, levando-nos a questionar se um retorno à Religiosidade/Espiritualidade, na sua forma positiva, poderá ser a chave da adesão terapêutica no seu contexto de vida.

Com a abordagem quantitativa deste estudo, viu-se a necessidade de seguir a análise de forma qualitativa sobre a temática para melhor adentrarmos nas relações da religiosidade/espiritualidade e o abandono da terapia medicamentosa. Sugere-se, então, novas pesquisas que girem em torno da temática religiosidade/espiritualidade, HIV e não-adesão terapêutica que objetivem a influência do *coping* negativo sobre a adesão.

Neste ponto, o grupo dos não-aderentes necessita de um apoio com enfoque na dimensão espiritual para que possam retomar às questões do bem-estar físico e mental no processo do (con)viver com o HIV, através do uso dos antirretrovirais prescritos.

REFERÊNCIA

- ALENCAR, Tatianna Meireles Dantas de. **A vida crônica é novidade na aids: as transformações da aids aguda para a aids crônica, sob o ponto de vista dos pacientes.** 2006. 223 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ALENCAR, Tatianna Meirelles Dantas de; NEMES, Maria Ines Battistella; VELLOSO, Marco Antonio. Transformações da “AIDS aguda” para a “AIDS crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, nov/dez., 2008.
- ALVAREZ, Francisco. **Teologia da saúde.** São Paulo: Paulinas, 2013.
- ANDREW, Nathaniel David. **Religious coping measurement in the context of long-term care.** 2019. 129 f. Tese (Doutorado em Philosophy in Clinical Psychology) – Faculty of the College of Arts and Sciences, University of Louisville, Louisville, 2019. Disponível em: <https://ir.library.louisville.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4234&context=etd>. Acesso em: 20 mar. 2020.
- AQUINO, Thiago Antonio Avellar de *et al.* Avaliação de uma Proposta de Prevenção do Vazio Existencial com Adolescentes. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 146-159, 2011.
- _____. Escala de atitudes religiosas, versão expandida (EAR-20): evidências de validade. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 109-119, 2013.
- BADANTA-ROMERO, Barbara; DIEGO-CORDERO, Rocío de; RIVILLA-GARCIA, Estefanía. Influence of religious and spiritual elements on adherence to pharmacological treatment. **Journal of Religion and Health**, [S.l.], v. 57, n. 8, p. 1095-1917, 2018.
- BASTOS, Francisco Inácio. **AIDS na terceira década.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BEZERRA, Sabrina Lisboa. **Resiliência e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS.** 2015.88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, 2015.
- BORGES, Moema da Silva; SANTOS, Marília Borges Couto; PINHEIRO, Tiago Gomes. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 609-616, 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 18 maio 2019.
- _____. Lei nº 9982, de 14 de julho de 2020. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 jul. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. **Aids.** boletim epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2019. Número especial. Disponível em: www.aids.gov.br. Acesso em: 08 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Aids**: boletim epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, jun. 2018. Disponível em: www.aids.gov.br. Acesso em: 15 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 ago. 2009, seção 1, p. 80.

BRITO, Hérica Landi. **Coping religioso, resiliência e qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS**. 2016. 121f. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

CALVANI, Carlos Eduardo Brandão. Espiritualidades não-religiosas: desafios conceituais. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 12, n. 35, p. 658-687, jul./set. 2014. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2014v12n35p658>. Acesso em: 04 abr. 2020.

CALVETTI, Prísla Ücker; MULLER, Marisa Campio; NUNES, Maria Lucia Tiellet. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 523-530, jul./set. 2008.

CANAVARRO, Maria Cristina *et al.* Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. **Alicerces**, Lisboa, v. 3, n. 3, 2010. Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/20696>. Acesso em: 06 mai. 2020.

CARVALHO, Gisele dos Santos. **Pessoas vivendo com HIV/aids**: vivências do tratamento anti-retroviral. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

CHIACHIO, Nádia Cristina Ferreira. Resistência na adesão ao tratamento com antirretrovirais: um desafio sócio-comportamental e religioso. 2014. 108 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Faculdade EST, São Leopoldo, 2014.

COUTINHO, José Pereira. Religião e outros conceitos. **Sociologia**: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, v. 24, p. 171-193, 2012. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10763.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2020.

CRUZ, Eduardo R. Estatuto epistemológico da Ciência da Religião. In: PASSOS, J. D.; USASRKI, F. (Org.). **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas/Paulus, 2013. 37-49p.

CUMMIGS, Jeremy P.; PARGAMENT, Kenneth I. Medicine for the spirit: religious coping in individuals with medical condition. **Religions**, v.1, n.1, p.28-53, 2010.

CUNHA, Claudia Carneiro da. **Revelando vozes, desvendando olhares: os significados dos tratamento para o HIV/AIDS**. 2004. 163f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CURCIO, Cristiane Schumann Silva; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Investigação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: uma análise qualitativa. **Interação e Psicologia**, Curitiba, v. 23, n.6, 2019.

DALMIDA, S. G. *et al.* Examination of the role of religious and psychosocial factors in HIV medication adherence rates. **Journal of Religion & Health**, [S.l.], v. 56, n. 6, p. 2144–2161, 2017.

DAMIANO, Rodolf F. *et al.* Brazilian scientific articles o “Spirituality, religion and health”. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 11-16, jan./fev. 2016.

DIAZ, Ricardo Sobhie. Vírus e mecanismos da doença. In: SALOMÃO, Reinaldo (Org.). **Infectologia: bases clínicas e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 1109-1123p.

DOURADO, Inês *et al.* Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia antirretroviral. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.40, suplemento, abr. 2006.

DURKHEIN, Émile. **As formas elementares de vida religiosa** (o sistema totêmico na Austrália). São Paulo: Paulus, 2008.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes *et al.* Brazilian validation of brief Scale for Spiritual/Religious Coping – SRCOPE-14. **Religions**, [S.l.], v. 9, n. 31, 2018.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 12, n. 35, p. 805-832, jul./set. 2014.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; LADD, Kevin Ladd. Oração e saúde: questões para a Teologia e para a Psicologia da Religião. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 11, n. 30, p. 627-656, abr./jun. 2013.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, jan./abr. 2006.

FERREIRA, Antonio Carlos. **Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Norte de Minas Gerais e seus determinantes**. 2016. 134 f. Tese (Doutorado em Ciência da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

FERREIRA, Débora Carvalho; FAVORETO, Cesar Augusto Orazam; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 383-93, abr./jun. 2012.

FERREIRA, Flavia Neves; KRATSCH, Marla Leia; SAGAZ, Valeria Rossi. O sentido da vida em portadores de HIV/AIDS. **Revista Logos & Existência**: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 57-72, 2016.

FIGUEIRA, Sônia Maria de Almeida. Entre o corpo e a alma. **As interrelações do campo sanitário com o campo religioso**. 2003. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FILORAMO, Giovanni; PRANDI, Carlo. **As Ciências das religiões**. São Paulo: Paulus, 2016.

FINOCCHARIO-KLESSLER, S. *et al.* Baseline predictors of ninety percent or higher antiretroviral therapy adherence in a diverse urban sample: the role of patient autonomy and a fatalistic religious beliefs. **AIDS Patient Care and STDs**, New York, v. 25, n. 2, 2011.

FISHER, Rory; ROSS, Margareth M. **A guide to end-of-life care for seniors**. Ottawa: University of Toronto and University of Ottawa, 2000.

FLECK, Marcelo Pio. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FRANÇA, Luiz Carlos Moraes. **As representações sociais da espiritualidade para pessoas que vivem com HIV/Aids**. 2018. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

FRANKL, Viktor Emil. **A presença ignorada de Deus**. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

_____. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

FRØKEDAL, Hilde *et al.* Addressing the existential dimension in treatment settings: mental health professionals' and healthcare chaplains' attitudes, practices, understanding and perceptions of value. **Archive for the Psychology of Religion**, [S.l.], v. 41, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0084672419883345>. Acesso em: 27 dez. 2019.

GOMES, Marcia Pereira *et al.* Ressignificação da existência e do cotidiano de pessoas que vivem com HIV. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v. 10, n. 1, jan./jun. 2019.

GORENE, Lucas Guilherme Teztlaff de. A religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde. **Interações**, Belo Horizonte, v. 11, n. 20, p. 129-151, jul./dez. 2016.

GRESCHAT, Hans-Jürgen. **O que é Ciência da Religião?** São Paulo: Paulinas, 2005.

GUILLENI, Franciele de Oliveira *et al.* Pessoas vivendo com HIV/AIDS: influência das crenças na qualidade de vida e adesão ao tratamento. **Revista Uningá**, Maringá, v. 42, n. 1, p. 10-15, out./dez. 2014.

HARRIS, Kylie P.; ROCK, Adam J.; CLARK, Gavi. Religious or spiritual problem? The clinical relevance of identifying and measuring spiritual emergency. **The Journal of Transpersonal Psychology**, Palo Alto, v. 51, n. 1, p. 89-118, 2019.

HIPOLITO, Rodrigo Leite *et al.* Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>. Acesso em: 27 dez. 2019.

HOBBS, Monica A. **The characteristics of adherent, black, HIV+ women:** the influence of spirituality, social support and trust in Physician on medication adherence and CD4 cell count. 2010. 398 f. Tese (Doutorado em Filosofia) - Universidade de Miami, Miami, 2010.

HOCK, KLAUS, **Introdução à Ciência da Religião**. São Paulo: Loyola, 2010.

KOENIG, H. G. Concerns about measuring “spirituality” in research. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, [S.l.], v. 196, n. 5, p. 349-355, jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31816ff796>. Acesso em: 06 mar. 2020.

KOENIG, H. G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**. São Paulo: Editora Fé Jornalística, 2005.

KØRUP, Alex Kappel *et al.* Religious values of physicians affect their clinical practice: a meta-analysis of individual participant data from 7 countries. **Medicine**, [S.l.], v. 98, n. 38, set. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000017265>. Acesso em: 27 dez. 2019.

KREMERS, Heidemarie; IRONSON, Gail; PORR, Martina. Spiritual and mind–body beliefs as barriers and motivators to HIV-treatment decision-making and medication adherence?: a qualitative study. **AIDS Patient Care STDS**, New York, v. 23, n. 2, p. 127-134, fev. 2009.

LEBERLE, Mariana da Conceição Evangelio dos Santos. **Espiritualidade e saúde:** uma articulação possível. 2017. 45 f. Monografia (Especialização em Psicologia da Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

LEE, Minsun; NEZU, Arthur M.; NEZU, Christine Maguth. Positive and negative religious coping, depressive symptoms, and quality of life in people with HIV. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 37, n. 5, p. 921–930, 2014.

LEMOES, Carolina Teles. Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. **Caminhos**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 688-708, maio/ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18224/cam.v17i2.6939>. Acesso em: 27 dez. 2019.

LIMA, Alexandra Thais Seger de; MARROLA, Nágela Lays; CARVALHO, Neuzélia Celestino. **Psicologia e espiritualidade: relações entre resiliência e a vivência espiritual no enfrentamento do HIV/AIDS**. 2017. 112 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium*, Lins, 2017.

LYON, Maureen E. *et al.* Spirituality in HIV-infected adolescents and their families: FAMily CEntered (FACE) advance care planning and medication adherence. **Journal of Adolescent Health**, [S.l.], v. 48, n. 6, p. 633-636, jun. 2011.

MARIN, Nelly *et al* (organizadores). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS, OMS; 2003.

MARTINEZ, Jaime *et al.* The impact of stigma on medication adherence among HIV-positive adolescent and young adult females and the moderating effects of coping and satisfaction with health care. **AIDS Patient Care and STDs**, New York, v. 26, n. 2, 2012.

MARTINS, Paulo Henrique *et al.* Influence of religiosity on situational coping scores in women with malformed fetuses. **Journal of Religion and Health**, [S.l.], out., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00934-3>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MEDEIROS, Waleska de Carvalho Morroquim; BARRETO, Carmem Lúcia Brito Tavares. (RE)Integrando a espiritualidade na saúde: um caminho em construção. In: AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; CALDAS, Marcus Tulio; PONTES, Alisson de Menezes. **Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa**. CRV: Curitiba, 2016. p. 47-72.

MELLIGI, André Gonçalves. **O enfrentamento religioso em pacientes portadores de hiv/aids: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos**. 2009. 82f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MELO, Julia Costa de Melo; DRUMMOND, Thalia Barbosa Werneck; RIBEIRO, Karina Viana. Fatores associados à adesão dos pacientes HIV+ à terapia antirretroviral. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 7, n. 2, p. 121-133, ago./set. 2018.

MERATH, Katiuscha *et al.* Patient perceptions about the role of religion and spirituality during cancer care. **Journal of Religion and Health**, [S.l.], set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00907-6>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MONTEIRO, Lara Valleria Barros; ROCHA JUNIOR, Jose Rodrigues. A dimensão espiritual na compreensão do processo saúde-doença em psicologia da saúde. **Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e de Saúde**, [S.l.], v.4, n. 2, p. 15-30, nov. 2017.

MORAES, Lucam Justo de. **Fatores psicossociais e progressão da infecção por HIV/AIDS: possíveis associações**. 2017. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017.

MOREIRA, Rafaela Duarte; CAVALCANTI, Ana Paula Rodrigues. Espiritualidade: uma aliada na terapêutica em pessoas vivendo com HIV. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8., 2019, João Pessoa. **Anais eletrônicos [...]** Campinas: Galoá, 2020. Disponível em: <https://proceedings.science/8o-cbcs/hs/papers/espiritualidade--uma-aliada-na-terapeutica-em-pessoas-vivendo-com-hiv>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MOREIRA, Rafaela Duarte. Indicadores de saúde e espiritualidade em pessoas vivendo com HIV. In: SIMPÓSIO NORDESTE DA ABHR: resistências, diversidades e sensibilidades, 3., 2020, João Pessoa. **Anais [...]** João Pessoa: ABHR/Fogo Editorial, 2020. p. 387-400.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* WPA position statement on spirituality and religion in Psychiatry. **World Psychiatry**, [S.l.], v.15, n. 1, p. 87-88, fev. 2016.

NEGRO-DELLACQUA, Melissa *et al.* Panorama sobre espiritualidade e saúde: o que literatura científica aponta sobre o tema nos últimos 5 anos? **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 8, n. 7, 2019.

NEVES, Lis Aparecida de Souza *et al.* Suporte social e qualidade de vida de indivíduos com co-infecção tuberculose/HIV. **Revista Electronica Trimestral de Enfermeria**, [S.l.], v. 50, p. 11-20. abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>. Acesso em: 10 mar. 2020.

OLIVEIRA, Leandro Romani de. **Adesão ao tratamento antirretroviral do paciente vivendo com HIV/AIDS**: a influência da espiritualidade e dos parâmetros comportamentais, imunológicos e da carga viral. 2013. 62f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

PAINE, David R.; SANDAGE, Steven J. Disappointment in God and relational spirituality: moderator effects for meditative prayer. **Journal of Psychology and Theology**, [S.l.], p. 1-18, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0091647119870296>. Acesso em: 27 dez. 2019.

PANZINI, Raquel Gehke *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007.

PANZINI, Raquel Gehrke. **Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da escala rcope, abordando relações com saúde e qualidade de vida. 2004. 238 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de *coping* religioso-espiritual (escala cre1): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, set./dez. 2005.

PARGAMENT, Kenneth I.; KOEING, Harold G.; PEREZ, Lisa M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, [S.l.], v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000.

PARGAMENT, Kenneth; BOCKRATH, Margareth Feuille; DONNA, Burdzy. The brief RCOPE: current Psychometric status of a short measure of Religious Coping. **Religions**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 51-76, dec. 2011.

PAUL, Jeffrey Allen. **Sexual minority identity and religious styles**: how sexual identity development and religious schemata explain experiences of religious and spiritual struggles and life satisfaction. 2019. 240 f. Tese (Doutorado em Filosofia) - Universidade do Norte do Colorado, Greeley, 2019.

PINHO, Clarissa Mourão *et al.* Coping religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, mar./abr.2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0170>. Acesso em: 27 dez. 2019.

_____. Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 2, jul. 2017.

PINTO, Raimundo Nonato Leite. **Religião e saúde: o caso de portadores do vírus da imunodeficiência humana – HIV/AIDS**. 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2010.

PONTES, A. de M.; AQUINO, T. A. A de; CALDAS, M. T. Contextualizando a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. *In*: AQUINO, T. A. A. de; CALDAS, M. T.; PONTES, A. de M. **Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa**. CRV: Curitiba, 2016. p. 17-33.

PONTES, Alisson de Meneses *et al.* Noopsicossomática em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: evidências de um modelo explicativo. **PSICO**, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p. 129-138, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.1.17332>. Acesso em: 20 abr. 2020.

RADDATZ, Juliana Schimdt; MOTTA, Roberta Fin; ALMINHANA, Letícia Oliveira. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: círculo cicioso entre demanda e ausência de treinamento. **Psico-USF**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 699-709, out./dez. 2019.

REMOR, Karina Valerim Teixeira *et al.* Adesão aos antirretrovirais em pessoas com HIV na grande Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 46, n. 2, p. 53-64, 2017.

RÖHR, F. Espiritualidade e formação humana. **Revista Poiésis**, Niterói, v. 4, p. 53-68, nov. 2011.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Fernández; LUCIO, Maria del Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTO, Caren Camargo do Espírito *et al.* Adesão ao tratamento antirretroviral e a espiritualidade de pessoas com HIV/AIDS: estudo de representações sociais. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 458-463, out./dez. 2013.

SANTO, Caren Camargo do Espírito. **Expressões da espiritualidade em pessoas que vivem com HIV/AIDS a partir das representações sociais acerca da síndrome: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2011. 204 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SANTO, Caren Carmago do Espírito; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina. A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de representações sociais. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra. v. 10, n. 3, jul. 2013.

SANTOS, Vinicius Nunes dos Santos; BYK, Jonas. Assistência espiritual/religiosa a pacientes hospitalizados: revisão narrativa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 2,

p. 348-357, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200206>. Acesso em: 27 dez. 2019.

SILVA, André Luis Brugger e. **A influência das crenças religiosas e espiritualidade na adesão ao tratamento de pessoas vivendo com hiv/aids**. 2018. 74 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, Cassiano Augusto O. da. **Acalanto**: perfil espiritual de pacientes com HIV/ AIDS. 2019. 160 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

STERN, Fábio L.; BEIN, Carlos; HANEGRAFF, Wouter J. Espiritualidades da nova era como uma religião secular: perspectiva de um historiador. **Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB**, João Pessoa, v. 14, n. 2, p. 403-424, dez. 2017. (tradução)

SZAFLARSKI, Magdalena. Spirituality and religion among HIV-infected individuals. **Current HIV/AIDS Reports**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 324-332, dez. 2013.

TAVARES, Cassia Quelho *et al.* Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. **Interações**, Belo Horizonte, v. 11, n. 20, p. 85-97, jul./dez. 2016.

THIELMAN, Nathan M. *et al.* Reduced adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected Tanzanians seeking cure from the Loliondo healer. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, [S.l.], v. 65, n. 3, p. 104-109, 2014.

TONIOL, Rodrigo. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 267-299, 2017.

_____. Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. **Revista Sociedad y Religión**, [S.l.], v. 25, n. 43, p. 110-143, 2015.

TUMWINE, Christopher; NEEMA, Stella; WAGNER, Glen. Reasons why high religiosity can co-exist with and precipitate discontinuation of anti-retroviral therapy among different HIV clients in Uganda: an exploratory study. **Religions**, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 817-832, 2012.

USARSKI, Frank. História da Ciência da Religião. In: PASSOS, J. D; USARSKI, F. (Org.) **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas/Paulus, 2013. p. 61.

_____. O caminho da institucionalização da Ciência da Religião - Reflexos sobre a formativa da disciplina. **Religiões em Debate**, São Paulo, v.2, n 3, p. 11-28, jan./jun, 2003.

VALENTE, Tânia Cristina de Oliveira *et al.* Transcultural adaptation and psychometric properties of Portuguese version of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) among HIV positive patients in Brazil. **Religions**, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 1- 10, abr. 2018.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre *et al.* Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário Sócio-Demográfico

Questionário Sócio Demográfico

Idade: _____		
Escolaridade:		
1 () fundamental incompleto (fiz até ____ série)	5 () ensino superior incompleto	
2 () fundamental completo	6 () ensino superior completo	
3 () ensino médio incompleto	7 () pós-graduação incompleta	
4 () ensino médio completo	8 () pós-graduação completa.	
Renda familiar:		
1 () 1 salário mínimo	4 () entre 5 e 10 salários mínimos	
2 () 2 à 3 salários mínimos	5 () mais de 10 salários mínimos	
3 () até 5 salários mínimos	6 () mais de 20 salários mínimos	
Estado Civil:		
1 () Solteiro	3 () Divorciado	
2 () Casado	4 () Viúvo	
	5 () Outros. Qual? _____	
Você acredita em Deus (algo superior)? () SIM () NÃO () NÃO SEI		
Em relação à sua religião...		
1 () Ateu (não acredita em Deus)	5 () Evangélico	10 () Muçulmano
2 () Sem religião, mas espiritualizado	6 () Espírita	11 () Outro
(acredita em Deus, mas não pertence a nenhuma religião)	7 () Budista	Especifique: _____
3 () Católico	8 () Umbandista	
4 () Protestante	9 () Judeu	
Você já mudou de religião ao longo da vida?		
() Não () Sim de _____ para _____		
Você mora em sítio (zona rural)? () Não () Sim		
Você mora em cidade (zona urbana)? () Não () Sim		
Identidade de Gênero:		
() Homem cis	() Homem Transexual	
() Mulher cis	() Travesti/ Mulher Travesti	
() Mulher Transexual	() Outro: _____	
Orientação Sexual:		
() Heterossexual () Homossexual/Gay/Lésbica () Bissexual () Outro _____		
Ultima data que você compareceu à farmácia deste hospital para pegar medicamentos Antirretrovirais (ARV):		

APÊNDICE B – Escala de Coping Religioso e Espiritual

ESCALA DE COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL Abreviada

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação**. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita). Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você não tentou, nem um pouco, dar sentido à situação através de Deus, marque um “X” no número (1)

Se você tentou um pouco, marque um “X” no número (2)

Se você tentou mais ou menos, marque um “X” no número (3)

Se você tentou bastante, marque um “X” no número (4)

Se você tentou muitíssimo, marque um “X” no número (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada! Marque só uma alternativa em cada questão!

	NEM UM POUCO/ NÃO SE APLICA	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	MUITÍSSIMO
1 . Procurei uma ligação maior com Deus	①	②	③	④	⑤
2. Procurei o amor e a proteção de Deus	①	②	③	④	⑤
3. Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva	①	②	③	④	⑤
4. Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus.	①	②	③	④	⑤
5. Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação.	①	②	③	④	⑤
6. Pedi perdão pelos meus erros (ou pecados)	①	②	③	④	⑤
7. Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas.	①	②	③	④	⑤
8. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	①	②	③	④	⑤
9. Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé	①	②	③	④	⑤
10. Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar	①	②	③	④	⑤
11. Questionei o amor de Deus por mim	①	②	③	④	⑤
12. Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado.	①	②	③	④	⑤
13. Cheguei à conclusão que forças do mal atuaram para isso acontecer	①	②	③	④	⑤
14. Questionei o poder de Deus	①	②	③	④	⑤

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre A RELIGIOSIDADE/ ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE COPING E A ADESÃO TERAPÊUTICA EM PESSOAS VIVENDO COM O HIV, que será realizada no Complexo Hospitalar Clementino Fraga na cidade de João Pessoa-PB, e está sendo desenvolvida pela aluna Rafaela Duarte Moreira, do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) Ana Paula R. Cavalcanti.

Os objetivos do estudo é definir o perfil sócio-demo-religioso dos pacientes em uso de TARV e daqueles considerados em abandono do tratamento TARV no CHCF. A finalidade deste trabalho é analisar a espiritualidade como fator à adesão terapêutica em pessoas vivendo com HIV em usuários do Complexo Hospitalar Clementino Fraga.

Solicitamos a sua colaboração respondendo a este questionário, o que levará em média 5 minutos como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de ciências das religiões e/ou saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. A pesquisa não tem custos para o participante, nem implicará em remuneração para você. Informamos que essa pesquisa tem como único risco que você talvez sinta algum desconforto respondendo a alguma das perguntas. Mas isto pode ser contornado recusando-se a continuar respondendo ao questionário, a qualquer momento.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Este projeto de pesquisa está identificado no Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPB por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 12930119.8.0000.5188 e recebeu parecer favorável do referido Comitê para a sua execução.

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPB - 1º andar
Campus I - Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB Telefone: (83) 3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br Work-page: <http://www.ccs.ufpb.br/eticaccsufpb/>

Horário de Funcionamento: segunda a sexta-feira, 08h às 12h e das 14h às 17h

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, entrar em contato com a Pesquisadora Responsável: Rafaela Duarte Moreira. João Pessoa – PB. E-mail de contato: rafaeladuartejp@gmail.com