

Coping religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids

Religious and spiritual coping in people living with HIV/Aids

Estrategias de afrontamiento religioso y espiritual en personas que viven con VIH/SIDA

**Clarissa Mourão Pinho^I, Bruno Felipe Remigio Dâmaso^{II}, Eduardo Tavares Gomes^I,
Maria de Fátima Cordeiro Trajano^{III}, Maria Sandra Andrade^I, Marília Perrelli Valença^I**

^I Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças,
Programa Associado em Pós-Graduação em Enfermagem. Recife-PE, Brasil.

^{II} Universidade de Pernambuco, Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Programa de Residência em Enfermagem. Recife-PE, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife-PE, Brasil.

Como citar este artigo:

Pinho CM, Dâmaso BFR, Gomes ET, Trajano MFC, Andrade MS, Valença MP. Religious and spiritual coping in people living with HIV/Aids. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):392-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0170>

Submissão: 12-01-2016

Aprovação: 26-08-2016

RESUMO

Objetivo: avaliar a religiosidade e o coping religioso-espiritual de pessoas que vivem com HIV/aids. **Método:** trata-se de estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um ambulatório de referência em HIV/aids de um hospital universitário do Recife-PE, entre junho e novembro de 2015. Participaram da pesquisa 52 pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), utilizando-se questionário próprio, a escala de índice de religiosidade de Duke e a escala de coping religioso-espiritual (CRE). **Resultados:** a amostra apresentou elevados índices de religiosidade organizacional ($4,23 \pm 1,66$), não organizacional ($4,63 \pm 1,50$) e intrínseca ($13,13 \pm 2,84$). O CRE positivo foi utilizado em escores médios altos ($3,66 \pm 0,88$), e o CRE negativo teve baixo uso ($2,12 \pm 0,74$). No total, o uso do CRE foi alto ($3,77 \pm 0,74$), tendo predominado o CRE positivo (razão CREN/CREP = $0,65 \pm 0,46$). **Conclusão:** torna-se evidente a relevância de encorajar atividade religiosa e estratégias de CRE, vistas no passado como intervenções inadequadas dentro da prática clínica.

Descritores: Espiritualidade; HIV; Sobreviventes de Longo Prazo de HIV; Enfrentamento; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: evaluate the religiosity and the religious/spiritual coping of people living with HIV/Aids. **Method:** descriptive, cross-sectional study with quantitative approach, conducted in a reference HIV/Aids outpatient clinic in a university hospital of Recife-PE, Brazil, from June to November 2015. At total of 52 people living with HIV/Aids (PLWHA) participated in the research, which employed own questionnaire, the Duke University Religion Index (DUREL), and the Religious/Spiritual Coping Scale (RCOPE). **Results:** the sample presented high indices of organizational religiosity (4.23 ± 1.66), non-organizational religiosity (4.63 ± 1.50), and intrinsic religiosity (13.13 ± 2.84). Positive RCOPE was used in high mean scores (3.66 ± 0.88), and negative RCOPE had low use (2.12 ± 0.74). In total, use of RCOPE was high (3.77 ± 0.74), having predominated the positive RCOPE (NegRCOPE/PosRCOPE ratio = 0.65 ± 0.46). **Conclusion:** it is evident the importance of encouraging religious activity and RCOPE strategies, seen in the past as inappropriate interventions in clinical practice.

Descriptors: Spirituality; HIV; Long-term Survivors of HIV; Coping; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la religiosidad y las estrategias de afrontamiento religioso-espiritual en personas que viven con VIH/SIDA. **Método:** estudio transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo, llevado a cabo en un ambulatorio de referencia en VIH/SIDA de un hospital universitario de la ciudad de Recife, Brasil, entre junio y noviembre de 2015. Del estudio, han participado 52 sujetos que viven con VIH/SIDA, en lo cual se empleó cuestionario propio, la escala de religiosidad Duke, versión brasileña, y la escala de afrontamiento religioso-espiritual (CRE). **Resultados:** la muestra presentó altos índices de religiosidad organizacional ($4,23 \pm 1,66$), no organizacional ($4,63 \pm 1,50$) e intrínseco ($13,13 \pm 2,84$). Se utilizó CRE positivo en puntajes medio altos

($3,66 \pm 0,88$), y CRE negativo en bajos ($2,12 \pm 0,74$). En total, la utilización de CRE fue alta ($3,77 \pm 0,74$), siendo predominante CRE positivo (razón CREN/CREP = $0,65 \pm 0,46$). **Conclusión:** se muestra relevante alentar las actividades religiosas y estrategias de CRE, en el pasado conocidas como inapropiadas en la práctica clínica.

Palabras clave: Espiritualidad; VIH; Sobrevivientes de Largo Plazo de VIH; Afrontamiento; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Eduardo Tavares Gomes

E-mail: edutgs@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A história da síndrome de imunodeficiência adquirida (aids) modificou-se consideravelmente após o advento da terapia antirretroviral (TARV). Nesse cenário, torna-se relevante ressaltar que o Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), tem disponibilizado, de maneira gratuita, os medicamentos necessários para a doença, colocando o país na vanguarda internacional do tratamento da aids⁽¹⁾.

A aids é uma doença crônica, mas, se tratada de maneira adequada, diminui-se a probabilidade de adoecimento, mortalidade, transmissão do vírus, além de haver melhora da qualidade de vida das pessoas que vivem com a patologia⁽²⁾.

O diagnóstico da infecção HIV/aids repercute no indivíduo promovendo alterações psicológicas, fisiológicas e sociais. Além disto, têm significativo impacto os numerosos horários rígidos de terapia antirretroviral, acompanhados muitas vezes de seus efeitos colaterais, mudanças no estilo de vida e incerteza e medo sobre o futuro. Como consequência, podem surgir problemas de saúde mental – em particular, a depressão –, levando muitas vezes à busca por apoio religioso-espiritual, além do profissional, para o enfrentamento da doença⁽³⁻⁴⁾.

A religiosidade é utilizada como forma de fortalecimento do indivíduo no enfrentamento das fragilidades que a doença pode expor. Os pacientes utilizam a fé como fonte de força, conforto e esperança para o fortalecimento pessoal, para lutar contra a doença, tentar entender o porquê de tal situação e para reduzir a culpa imputada a quem adoecce. Também é observado que pacientes que se diziam “sem religião”, mas que acreditavam em Deus, buscavam Nele fonte de força, conforto e esperança no enfrentamento do HIV⁽⁵⁾.

A doença ainda enfrenta o preconceito e o estigma impostos pela sociedade, e pessoas que vivem com HIV/aids sofrem dificuldades, desde a inserção no mercado de trabalho até em relacionamentos pessoais. A religiosidade se faz importante, favorecendo um enfrentamento dos novos desafios que a doença pode trazer. Nesse aspecto, o profissional de saúde deve oferecer apoio biopsicossocial, em que a religiosidade está inserida, procurando entender as expressões e relações positivas ou negativas na vivência do adoecimento, tentando acolher as angústias dos usuários e auxiliá-los na busca de autonomia⁽⁵⁾.

Torna-se relevante a condução de estudos que aprofundem a análise de como as pessoas com HIV/aids enfrentam a doença. Indo além de observações tradicionais acerca do impacto do conhecimento da doença, da terapêutica e do suporte social para adaptação às novas condições de vida relacionadas à doença, e tomando-se por referência um novo paradigma para a saúde centrado na integralidade, descortina-se ao

observador a realidade do enfrentamento da doença pela religiosidade e espiritualidade do paciente, visando uma melhor qualidade de vida.

Este estudo tem como objetivo avaliar a religiosidade e o coping religioso-espiritual de pessoas que vivem com HIV/aids.

MÉTODO

Aspectos éticos

Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz/Procapes.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um ambulatório de referência em HIV/aids de um hospital universitário do Recife-PE, entre junho e novembro de 2015. O hospital é referência em atendimento a doenças infecciosas e parasitárias no estado e recebe pacientes de todo o Nordeste.

População e amostra

Participaram do estudo pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) que são acompanhadas no ambulatório, de ambos os sexos, com diagnóstico de HIV há pelo menos um ano, com idade a partir dos 18 anos, que não apresentavam alterações cognitivas ou doenças neurológicas que impossibilitasse a participação na entrevista e que concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. No ambulatório, são realizados, aproximadamente, 270 atendimentos por mês.

Para quantificar a amostra, foi aplicada equação do tamanho amostral para médias, considerando que a variável-desfecho é quantitativa contínua. Dentre as escalas utilizadas, escolheu-se, como desfecho a ser considerado neste cálculo, a de coping religioso-espiritual, por ser a variável principal e ter sido utilizada em amostra similar à proposta⁽⁶⁾. Foram utilizados erro α de 5%, nível de confiança de 95%, desvio-padrão de 0,366 e erro de 0,10, calculando-se uma amostra de 52 pacientes, que foram entrevistados. Não houve recusa em participar.

Protocolo do estudo

Os pacientes foram abordados no intervalo entre as consultas e na espera do ambulatório especializado. Após orientação sobre a pesquisa e a anuência escrita em participar, as entrevistas ocorreram em local reservado, podendo ser assistidas pelos acompanhantes, se fosse desejo dos pacientes.

Para nortear as entrevistas, foi elaborado instrumento de coleta de dados, composto por questionário elaborado para

levantamento sociodemográfico, como sexo, idade, procedência, renda (em salários mínimos, R\$ 788,00 no período), anos de estudo, afiliação religiosa e dados referentes à doença HIV/aids, entre outros; além do índice de religiosidade de Duke e da escala de coping religioso-espiritual (CRE).

O índice de religiosidade de Duke (Durel) é uma escala de cinco itens, desenvolvida por Koenig et al.⁽⁷⁾, que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde: religiosidade organizacional (RO, item 1): frequência de encontros religiosos (como missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.); religiosidade não organizacional (RNO, item 2): frequência de atividades religiosas privadas (como orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir a programas religiosos na TV ou rádio etc.); religiosidade intrínseca (RI, itens 3-5): busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos.

A escala de coping religioso-espiritual é instrumento adaptado e validado para a população brasileira, com base em uma escala norte-americana, por Panzini e Bandeira, que também realizaram a validação de construto, critério e conteúdo e a verificação da fidedignidade da CRE, tendo sido encontradas propriedades psicométricas adequadas⁽⁶⁾.

O instrumento é composto por 87 itens, que englobam questões referentes a religião e espiritualidade para lidar com situações estressoras, orientando-se os participantes a responder pensando especificamente na situação da doença (HIV/aids)⁽⁶⁾.

As respostas são dadas em escala do tipo likert de cinco pontos, que variam de 1 (nem um pouco) a 5 (muitíssimo). A correlação da escala é realizada de acordo com os critérios propostos pelas autoras e permite a verificação dos seguintes escores:

- CRE positivo: indica o nível de coping religioso-espiritual positivo praticado pela pessoa avaliada, por meio da média de 66 questões da dimensão positiva da escala;
- CRE negativo: indica o nível de coping religioso-espiritual negativo praticado pelo participante, por meio da média de 21 questões da dimensão negativa da escala;
- CRE total: indica a quantidade total de estratégias de coping religioso-espiritual utilizada, por meio da média entre o índice CRE positivo e a média das respostas invertidas aos 21 itens do CRE negativo.

Como as duas dimensões apresentam direção inversa, não poderia ser feita a simples média entre as estratégias positivas e negativas. Deste modo, o cálculo do CRE total é possibilitado pela inversão do CRE negativo, e, quanto maior é seu valor, maior é o uso total de CRE pela pessoa avaliada⁽⁶⁾.

Os parâmetros utilizados para análise dos valores das médias de CRE quanto a sua utilização pelo respondente foram: nenhuma ou irrisória: 1,00 a 1,50; baixa: 1,51 a 2,50; média: 2,51 a 3,50; alta: 3,51 a 4,50; altíssima: 4,51 a 5,00⁽⁶⁾.

A escala permite ainda a avaliação de oito fatores de coping religioso-espiritual positivo (transformação de si, sua vida; busca de ajuda espiritual; oferta de ajuda a outro; posição positiva frente a Deus; busca de crescimento espiritual;

busca do outro institucional; busca de conhecimento espiritual; e afastamento por meio de Deus/religião/espiritualidade) e quatro fatores de coping negativo (reavaliação negativa de Deus; posição negativa frente a Deus; reavaliação negativa do significado e insatisfação com outro institucional)⁽⁶⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram armazenados e analisados com recursos de estatística descritiva e inferencial, utilizando o *software* Epi-info 7.0 e SPSS 20.0. A caracterização dos pacientes é feita pela frequência, e os escores são apresentados em média, desvio-padrão e amplitude. A associação entre as escalas e sub-escalas utilizadas foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson, sendo consideradas fortes se $r \geq 0,8$, moderadas se $0,3 \leq r < 0,8$, e fracas se $r < 0,3$. A confiabilidade no uso das escalas foi avaliada pelo alfa de Cronbach, sendo consideradas com expressiva consistência interna (Durel: $\alpha = 0,83$; CRE Total: $\alpha = 0,86$).

RESULTADOS

A amostra foi predominantemente formada por pacientes do sexo masculino (35; 67,3%), com menos de 50 anos de idade (33; 63,5%), solteiros ou sem companheiros (75,0%), procedentes da região metropolitana (23; 44,2%) e da capital (21; 40,4%). A maior parte era aposentada (19; 36,5%) ou assalariada (17; 32,7%), com renda de até 1,5 salários mínimos (36; 69,2%) e sem filhos (23; 44,2%).

A principal filiação religiosa foi à igreja católica (22; 42,3%) e evangélicas (considerando todas as denominações) (19; 36,5%), sendo apenas um ateu (1,9%). Considerando essa distribuição e o tamanho da amostra, na análise estatística os pacientes foram considerados como um grupo único, sem divisão por categoria de afiliação.

Os pacientes viviam com o diagnóstico há $9,92 \pm 6,34$ anos, com tempo de uso da terapia anti-retroviral há $8,47 \pm 5,72$ anos. A média de internamentos prévios foi de $1,29 \pm 1,91$. Apresentavam uma comorbidade 19 pacientes (36,5%), 18 (34,6%) apresentavam duas ou mais, e 15 não apresentavam comorbidades/doenças oportunistas (28,9%). As principais doenças associadas foram pneumonia (15; 28,9%), sífilis (13; 25,0%), tuberculose (12; 23,1%) e neurotoxoplasmose (6; 11,5%) (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes de um ambulatório de referência em HIV/Aids, Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	35	67,3
Feminino	17	32,7
Faixa etária		
Até 50 anos	33	63,5
50 anos ou mais	19	36,5

Continua

Tabela 1 (cont.)

Variáveis	n	%
Estado Civil		
Casado / com companheiro	13	25,0
Solteiro / sem companheiro	39	75,0
Procedência		
Capital	21	40,4
Região metropolitana	23	44,2
Interior	8	15,4
Atividade laboral		
Aposentado	19	36,5
Assalariado	17	32,7
Autônomo	6	11,6
Desempregado	10	19,2
Renda		
Até 1,5 salário mínimo	36	69,2
Mais que 1,5 salário mínimo	16	30,8
Número de filhos		
Sem filho	23	44,2
1 ou 2	19	36,6
3 ou mais	10	19,2
Religião		
Católico	22	42,3
Evangélico	19	36,5
Espírita	5	9,6
Umbandista	4	7,8
Deísta	1	1,9
Ateu	1	1,9

Nota: salários mínimos R\$ 788,00 no período.

A amostra apresentou elevadas religiosidades organizacional ($4,23 \pm 1,66$), não organizacional ($4,63 \pm 1,50$) e intrínseca ($13,13 \pm 2,84$). O CRE positivo foi utilizado em escores médios altos ($3,66 \pm 0,88$), e o CRE negativo teve baixo uso ($2,12 \pm 0,74$). No total, o uso do CRE foi alto ($3,77 \pm 0,74$), tendo predominado o CRE positivo (razão CREN/CREP = $0,65 \pm 0,46$).

Os fatores positivos que apresentaram alto uso pelos pacientes foram *transformação de si e/ou de sua vida* ($4,11 \pm 1,09$) e *busca pessoal de crescimento espiritual* ($4,11 \pm 1,06$), posição positiva frente a Deus ($3,95 \pm 0,73$), *afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade* ($3,90 \pm 1,29$). O fator com menor uso foi *ações em busca de ajuda espiritual* ($2,83 \pm 1,20$), provavelmente por ser menos associado a doenças com a cronicidade da doença. Dentre os fatores negativos, todos tiveram baixo uso (Tabela 3).

A religiosidade organizacional não teve associação significativa com nenhuma variável sociodemográfica testada, nem com o tempo diagnóstico. As dimensões não organizacional e intrínseca tiveram associação fraca a moderada com a idade ($p = 0,037$; $p = 0,028$).

No tocante ao enfrentamento, o CRE positivo mostrou associação fraca a moderada com a idade ($r = 0,285$; $p = 0,041$), e o negativo, moderada inversa com os anos de estudo ($r = -0,337$; $p = 0,014$). Esses resultados apontam que na amostra, com a

Tabela 2 – Dados clínicos dos pacientes de um ambulatório de referência em HIV/Aids, Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

Variáveis	Média	Desvio-padrão
Tempo de diagnóstico (anos)	9,92	6,34
Internamentos prévios	1,29	1,91
Tempo de terapia anti-retroviral (anos)	8,47	5,72
Doenças associadas		
	n	%
Sem doenças	15	28,9
Pneumonia	15	28,9
Sífilis	13	25,0
Tuberculose	12	23,1
Neurotoxoplasmose	6	11,5
Diabetes	4	7,7
Hipertensão	4	7,7
Herpes zoster	3	5,7
Hepatite	2	3,9
Bronquite	1	1,9
Criptococose	1	1,9
Monilíase	1	1,9
Leshimaniose	1	1,9
Sarcoma de Kaposi	1	1,9
Linfoma não-hodking	1	1,9
Uma comorbidade	19	36,5
Duas ou mais comorbidades	18	34,6

idade, aumenta o uso de fatores positivos de enfrentamento religioso/espiritual e que, quanto menor é a escolaridade, maior é o uso de fatores negativos. O tempo de diagnóstico não teve associação significativa com a religiosidade, nem com o coping, salientando que a amostra foi selecionada com um tempo de conhecimento do diagnóstico de no mínimo um ano, por se pressupor empiricamente que, quanto mais próximo do diagnóstico, mais o paciente pode ter ampliadas suas necessidades espirituais e que, após um ano, já não há tanta diferença considerando sua adaptação à nova realidade (Tabela 4).

O CRE positivo teve associação moderada e significativa com todas dimensões de religiosidade observadas, principalmente com religiosidade intrínseca ($r = 0,76$; $p < 0,001$). Já o CRE negativo praticamente não teve associação com religiosidade, não sendo significativa nenhuma correlação. O CRE total, que representa a média de todos os fatores utilizados, teve relação significativa com as três dimensões de religiosidade avaliadas, com destaque para a associação moderada a forte com religiosidade intrínseca ($r = 0,75$; $p < 0,001$). Essas associações mais fortes com religiosidade intrínseca apontam para a realidade de que, na amostra, mais que a frequência de comunidade religiosa ou uma prática diária aprendida, as crenças e valores individuais são mais importantes para o enfrentamento da doença e o convívio com HIV/Aids (Tabela 5).

Tabela 3 - Resultados da avaliação da religiosidade e coping religioso-espiritual de pacientes de um ambulatório de referência em HIV/Aids, Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Religiosidade organizacional	4,23	1,66	1,00	6,00
Religiosidade não organizacional	4,63	1,50	1,00	6,00
Religiosidade intrínseca	13,13	2,84	3,00	15,00
CRE positivo	3,66	0,88	1,00	4,74
CRE negativo	2,12	0,74	1,00	3,95
CRE total	3,77	0,56	1,81	4,76
Razão CRE negativo/CRE positivo	0,65	0,46	0,26	2,73
Fatores de CRE positivo				
Transformação de si e/ou de sua vida	4,11	1,09	1,00	5,00
Ações em busca de ajuda espiritual	2,83	1,20	1,00	5,00
Oferta de ajuda ao outro	3,55	1,03	1,00	5,00
Posição positiva frente a Deus	3,95	0,73	1,00	4,73
Busca pessoal de crescimento espiritual	4,11	1,06	1,00	5,00
Ações em busca do outro institucional	3,53	1,08	1,00	5,00
Busca pessoal de conhecimento espiritual	3,25	1,21	1,00	5,00
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	3,90	1,29	1,00	5,00
Fatores de CRE negativo				
Reavaliação negativa de Deus	1,98	1,03	1,00	4,75
Posição negativa frente a Deus	2,39	1,07	1,00	5,00
Reavaliação negativa do significado	2,43	1,27	1,00	5,00
Insatisfação com o outro institucional	1,66	0,90	1,00	4,50

Nota: CRE = coping religioso-espiritual

Tabela 4 - Correlações entre religiosidade e coping religioso-espiritual e variáveis sociodemográficas e tempo de diagnóstico, Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

Variáveis	Idade		Anos de estudos		Renda		Tempo de diagnóstico	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Religiosidade organizacional	0,248	0,076	0,201	0,154	0,073	0,607	0,082	0,565
Religiosidade não organizacional	0,29	0,037	0,272	0,051	0,116	0,411	0,216	0,124
Religiosidade intrínseca	0,305	0,028	0,211	0,134	0,051	0,719	0,23	0,102
CRE positivo	0,285	0,041	0,261	0,062	0,052	0,713	0,054	0,702
CRE negativo	-0,107	0,452	-0,337	0,014	-0,271	0,052	-0,037	0,795
CRE total	0,297	0,033	0,431	0,001	0,222	0,114	0,068	0,633
Razão CRE negativo/CRE positivo	-0,199	0,157	-0,33	0,017	-0,145	0,304	-0,117	0,409

Nota: CRE = coping religioso-espiritual; r = coeficiente de relação de Pearson.

Tabela 5 - Correlações entre religiosidade e coping religioso-espiritual em pacientes de um ambulatório de referência em HIV/Aids, Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

Variáveis	RO		RNO		RI	
	r	p	r	p	r	P
CRE positivo	0,485	<0,001	0,644	<0,001	0,766	<0,001
CRE negativo	-0,063	0,657	-0,018	0,898	-0,219	0,119
CRE total	0,342	0,013	0,522	<0,001	0,753	<0,001
Razão CRE negativo/CRE positivo	-0,339	0,014	-0,491	<0,001	-0,733	<0,001

Nota: RO: religiosidade organizacional; RNO: religiosidade não-organizacional; RI: religiosidade intrínseca; CRE = coping religioso-espiritual; r = coeficiente de relação de Pearson; p = Valor de p.

A razão entre coping negativo e positivo teve associação moderada inversa com as dimensões da religiosidade, ressaltando-se que, quanto menor é seu valor, mais se utilizam as estratégias de CRE positivo (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Com relação às variáveis sociodemográficas dos indivíduos entrevistados, a maioria era do sexo masculino, com mais de 50 anos, solteiros ou sem companheiros, aposentados, com renda de até 1,5 salários mínimos. A maior parte dos entrevistados consideravam-se católicos, seguido de evangélicos. Essas variáveis sociodemográficas apresentaram semelhança com as de outro estudo já reproduzido no Brasil⁽⁸⁾. Diante do diagnóstico do HIV, considerada uma doença crônica, é preciso maior investimento no âmbito da saúde, devido à necessidade de tratamento contínuo, visando não só a doença, e sim a qualidade de vida do indivíduo⁽⁹⁾.

Referente ao tempo de diagnóstico, os entrevistados já viviam com HIV em média há $9,92 \pm 6,34$ anos, e faziam uso de TARV em média há $8,47 \pm 5,72$ anos. Em estudo semelhante, o tempo de diagnóstico dos pacientes variou de 1 a 28 anos, com média de $6,25 \pm 4,91$, e 88% faziam uso da TARV⁽¹⁰⁾. Ter conhecimento de sua condição sorológica precocemente é fator positivo para o prognóstico do HIV/Aids, pois possibilita início da TARV, proporcionando redução da carga viral, melhora das condições clínicas do indivíduo e, consequentemente, da qualidade de vida⁽¹¹⁻¹²⁾.

Em relação a comorbidades relacionadas a aids, a pneumonia foi a doença que mais atingiu os entrevistados, seguida de sífilis, tuberculose e neurotoxoplasmose. Em outro estudo nacional, 50% dos pacientes imunodeficientes apresentaram infecção neurológica⁽¹³⁾. Infecções oportunistas pulmonares, como tuberculose e pneumonias bacterianas, são mais frequentes em pacientes imunodeprimidos⁽¹⁴⁾. Em estudo retrospectivo realizado com 225 pacientes em quatro hospitais japoneses no período de 1985 a 2012 com referência a doenças oportunistas que acometem PVHA, 29,3% apresentam pneumonia, 2,7% tuberculose e 4,9% neurotoxoplasmose⁽¹⁴⁾.

Com relação à religiosidade, as três dimensões avaliadas apresentaram-se em escores elevados (organizacional: $4,23 \pm 1,66$; não organizacional: $4,63 \pm 1,50$; e intrínseca: $13,13 \pm 2,84$). As correlações positivas significativas entre os três domínios avaliados e o coping religioso-espiritual positivo mostram que, para a amostra estudada, quanto maior é a religiosidade, mais era utilizada para o enfrentamento da doença.

A religião tem sido associada com melhor condição de lidar com os problemas desenvolvidos pelos sentimentos de desamparo e negação vivenciados pelas PVHA. Indivíduos que afirmam ter religião apresentam maiores níveis de satisfação na vida, acarretando melhor adesão a TARV⁽¹⁵⁾. A religiosidade e a espiritualidade têm sido mostradas como estratégias de enfrentamento significativo entre essa população específica⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Usou-se CRE positivo em escores médios altos ($3,66 \pm 0,88$), e CRE negativo teve baixo uso ($2,12 \pm 0,74$). No total, o uso de CRE foi alto ($3,77 \pm 0,74$), tendo predominado o CRE positivo (razão CREN/CREP = $0,65 \pm 0,46$).

De acordo com este estudo, os entrevistados consideram religiosidade/espiritualidade como algo importante no enfrentamento do HIV apresentando escore de coping religioso-espiritual total alto. Além disso, o coping positivo foi mais utilizado que o negativo, o que corrobora resultados obtidos em outro estudo⁽¹⁸⁾. Tomar conhecimento da importância da religiosidade/espiritualidade pode ajudar o profissional enfermeiro a criar um vínculo maior, de confiança, com o paciente, visando estabelecer estratégias de coping religioso.

Indivíduos com menor escolaridade foram os que mais utilizaram escores negativos de religiosidade/espiritualidade. Estudos mostram que baixo poder socioeconômico e baixa escolaridade são fatores predominantes em pacientes soropositivos, estando também relacionados a baixa adesão ao tratamento, bem como a não procura por melhor qualidade de vida⁽¹⁹⁾. Entretanto, com relação a religiosidade e escolaridade, outros estudos mostram o contrário: quanto menor é o nível de escolaridade, maior é a busca por religiosidade/espiritualidade⁽²⁰⁾.

Quando associamos CRE com índice de religiosidade, observou-se associação forte entre o CRE e a religiosidade intrínseca, o que comprova que, quanto mais o indivíduo vivencia integralmente a religião, mais positivamente ele enfrenta a doença.

Com uma amostra de 178 mulheres jovens ou adolescentes e visando verificar relações entre o estigma da doença e a adesão a terapia medicamentosa, pesquisadores concluíram que o coping religioso-espiritual é uma estratégia muito utilizada para enfrentar o estigma e aumentar a adesão⁽²¹⁾. Numa amostra de ambos os gêneros de PVHA, resultados de outro trabalho indicam que o bem-estar espiritual é preditor de melhor enfrentamento do estigma da doença, mensurado em níveis de depressão associada⁽²²⁾.

Em relação à adesão, um estudo específico comparando aderentes e não aderentes em um ano revelou que a religiosidade e a relação com Deus, a confiança em Deus e em seu poder, orações e participação em grupos religiosos foram fatores significativamente maiores no grupo de pacientes aderentes⁽²³⁾.

O CRE tem papel fundamental na adaptação à vida com HIV/aids. Uma coorte de dez anos com 177 PVHA revelou que, diante de situações potencialmente traumatizantes e de difícil adaptação – como aproximar-se da morte, sofrer com o estigma da doença, pobreza e limitações –, a maioria dos pacientes utiliza enfrentamento espiritual, metade experimentou conforto, empoderamento, crescimento, transformação e gratidão, e um terço encontrou significado para a doença em sua vida e passou por um processo de resignificação⁽¹⁷⁾.

Seguindo essa linha de investigação, uma publicação internacional examinou as relações entre CRE, religiosidade, sintomas depressivos, adesão medicamentosa e suporte social e várias dimensões da qualidade de vida autorrelatada, em uma amostra de 292 PVHA⁽²⁴⁾. Nosso estudo teve amostra bem similar em idade, gênero, tempo de tratamento e outros fatores. A maioria dos entrevistados orava diariamente, frequentava instituições ou grupos religiosos e identificava-se como moderadamente ou muito religioso. Pacientes que oravam diariamente e frequentavam culto semanalmente tinham melhor qualidade de vida na dimensão relacionada a saúde mental, melhor suporte social, bem-estar espiritual e existencial, vitalidade e saúde em geral⁽²⁴⁾.

Um estudo internacional com 177 pessoas vivendo com HIV avaliou se o coping espiritual teria relação com o desenvolvimento da doença e com comportamentos de saúde (adesão, sexo seguro, menor abuso de substâncias). Após seis meses com encontros mensais, o CRE positivo (65%) foi predominante em relação ao negativo (7%), embora 28% não tenha feito uso significativo do CRE. Coping espiritual foi associado a menor uso/abuso de substâncias. O CRE positivo foi preditor de maiores níveis de CD4+ e menor carga viral, sugerindo caminhos psiconeuroimunológicos que justificam o fenômeno observado⁽¹⁶⁾.

Outra pesquisa, ainda mais abrangente, investigou as relações entre CRE positivo e carga viral, contagem de CD4, qualidade de vida, sintomas do HIV, depressão e bem-estar espiritual. Foram avaliados 429 pacientes com HIV/Aids por um ano, e CRE positivo foi associado a melhores resultados positivos, assim como CRE negativo a piores resultados⁽²⁵⁾.

Pesquisas, até o momento, têm dado destaque a comportamentos de pacientes que convivem com HIV/Aids, como função sexual e suporte social⁽²⁶⁾. Os trabalhos ora apresentados corroboram a preocupação internacional em tornar evidente a necessidade de abordar a questão religiosa espiritual, não apenas no âmbito da pesquisa, mas também extrapolando esses achados a mudanças na prática junto aos pacientes⁽²⁷⁾.

Limitações do estudo

O presente estudo apresentou como limitação um certo grau de dificuldade durante a coleta de dados, visto que o tema proposto adentra na privacidade do paciente frente ao diagnóstico do HIV, podendo causar no mesmo um certo constrangimento na participação do estudo, sendo necessário a criação do vínculo pesquisador-paciente, além disso, a Escala de Coping Religioso Espiritual é extensa e a sua aplicação dar-se no Serviço de Assistência Especializada enquanto os pacientes aguardavam o atendimento com o especialista, também pela não elaboração de um plano de cuidados de enfermagem neste serviço, o que corrobora com a necessidade do desenvolvimento de pesquisas voltadas para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) frente à PVHA.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Diante do exposto e levando em consideração a atuação do enfermeiro no atendimento à PVHA, é importante a criação do vínculo paciente-profissional, bem como, a inserção da prática religiosa-espiritual neste contexto, visto que pode auxiliar na aceitação do diagnóstico, no enfrentamento à doença, mudança comportamental e melhoria da adesão a TARV, fazendo com que haja uma melhor qualidade de vida, conseqüentemente, uma diminuição da morbimortalidade e transmissibilidade da doença.

CONCLUSÃO

O HIV/aids é doença de cronicidade, marcada pelo estigma imposto pela sociedade às PVHA. Além disso, todas as mudanças que a doença traz à vida das pessoas e o efeito dos medicamentos e restrições trazem prejuízo do bem-estar e tendem a favorecer a depressão e a não adesão medicamentosa.

Com este estudo, observou-se que a religiosidade e a espiritualidade desempenham papel importante no enfrentamento ao HIV, visto que os participantes vivenciam a religiosidade intrínseca, como também o coping religioso/espiritual foi utilizado de forma significativa e positiva.

Frente aos achados, de forma a favorecer o enfrentamento religioso-espiritual, é de grande relevância que o profissional de saúde utilize os conhecimentos sobre religiosidade e espiritualidade em sua prática profissional, visto serem mecanismos que podem ajudar o paciente na aceitação da doença, bem como na melhoria da qualidade de vida.

Pesquisas mostram que o suporte social e familiar fortalece o enfrentamento das PVHA. Estudos como o que se apresenta, assim como a literatura revisada na discussão desses resultados, endossam quanto é importante que profissionais reconheçam necessidades espirituais e intervenham nesse aspecto. Encorajar a atividade religiosa e os mecanismos de CRE, vistos no passado como intervenções inadequadas dentro da prática clínica, torna-se cada dia mais premente em de uma abordagem holística.

REFERÊNCIAS

1. Geocze L, Mucci S, Marco MA, Nogueira-Martins LA, Citero VA. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2010[cited 2015 Dec 07];44(4):743-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/19.pdf>
2. Cohen et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*[Internet]. 2011[cited 2015 Dec 07];365(6):493-505. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1105243>
3. Pence BW, Shirey K, Whetten K, Agala B, Itemba D, Adams J, et al. Prevalence of psychological trauma and association with current health and functioning in a sample of HIV-infected and HIV-uninfected Tanzanian adults. *PLoS One*[Internet]. 2012[cited 2015 Dec 07];7(5):e36304. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351441/pdf/pone.0036304.pdf>
4. McIntosh RC, Rosselli M. Stress and coping in women living with HIV: a meta-analytic review. *AIDS Behav*[Internet]. 2012[cited 2015 Dec 07];16(8):2144-59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22434282>
5. Ferreira D, Favoreto C, Guimarães M. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. *Interface*[Internet]. 2012[cited 2015 Dec 07];16(41):383-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2012.pdf>
6. Panzini R, Bandeira, D. Escala de Coping Religioso-Espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol Estud*[Internet]. 2005[cited 2015 Dec 07];10(3):507-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18>
7. Moreira-Almeida, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Rev*

- Psiquiatr Clín[Internet]. 2008[cited 2015 Dec 07];35(1):31-2. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n1/v35n1a06.pdf>
8. Montarroyos UR, Miranda-Filho DB, César CC, Souza WV, Lacerda HR, Albuquerque MF, et al. Factores related to changes in CD4+ T-cell count over time in patients living with HIV/AIDS: A multilevel analysis. *PLoS One*[Internet]. 2014[cited 2015 Dec 07];9(2):e84276. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24505247>
 9. Medeiros B, Silva J, Saldanha AAW. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas quem vivem com HIV/aids. *Estud Psicol*[Internet]. 2013[cited 2015 Dec 07];18(4):543-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a01v18n4.pdf>
 10. Medeiros B, Saldanha AAW. Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. *Estud Psicol*[Internet]. 2012[cited 2015 Dec 07];29(1):53-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n1/a06v29n1.pdf>
 11. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/AIDS de um município do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2011[cited 2015 Dec 07];45(1):230-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/32.pdf>
 12. Vyankandondera J, Mitchell K, Asimwe-Kateira B, Boer K, Mutwa P, Balinda JP, et al. Antiretroviral therapy drug adherence in Rwanda: Perspectives from patients and healthcare workers using a mixed-methods approach. *AIDS Care*[Internet]. 2013[cited 2015 Dec 07];25(12):1504-12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23517180>
 13. Araújo TM, Barros LM, Caetano JA. Neurotoxoplasmosis boarding in patients with HIV/Aids in intensive care unit. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 07];6(5):1046-52. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2406/3750>
 14. Katano H, Hishima T, Mochizuki M, Kodama Y, Oyaizu N, Ota Y et al. The prevalence of opportunistic infection and malignancies in autopsied patients with human immunodeficiency virus infection in Japan. *BMC Infect Dis*[Internet]. 2014[cited 2015 Dec 07];14:229. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016795/pdf/1471-2334-14-229.pdf>
 15. Hansen NB, Harisson B, Fambro S, Bodnar S, Heckman TG, Sikkema KJ. The structure of coping among older adults living with HIV/AIDS and depressive symptoms. *J Health Psychol*[Internet]. 2013[cited 2015 Dec 07];18(2):198–211. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105312440299>
 16. Kremer H, Ironson G, Kaplan L, Stuetzele R, Baker N, Fletcher MA. Spiritual coping predicts CD4-cell preservation and undetectable viral load over four years. *AIDS Care*[Internet]. 2015[cited 2015 Dec 07];27(1):71-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25297848>
 17. Kremer H, Ironson G. Longitudinal spiritual coping with trauma in people with hiv: implications for health care. *AIDS Patient Care STDs*[Internet]. 2014[cited 2015 Dec 07];28(3):144-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948611/pdf/apc.2013.0280.pdf>
 18. Lee M, Nezu AM, Nezu CM. Positive and negative religious coping, depressive symptoms and quality of life in people with HIV. *J Behav Med*[Internet]. 2014[cited 2015 Dec 07];37(5):921-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24469329>
 19. Harris J, Pillinger M, Fromstein D, Gomez B, Garris I, Kanetsky PA, Tebas P, Gross R. Risk factors for medication non-adherence in an infected population in the Dominican republic. *AIDS Behav*[Internet]. 2011[cited 2015 Dec 07];15(7):1410-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3022963/>.
 20. Silva SK, Passos SMK, Souza LDM. Associação entre religiosidade e saúde mental em pacientes com HIV. *Psicol Teor Prát*[Internet]. 2015[cited 2015 Dec 07];17(2):36-51. Available from: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6553/5442>
 21. Martinez J, Harper G, Carleton RA, Hosek S, Bojan K, Glun G, 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 STDs*[Internet]. 2012[cited 2015 Dec 07];26(2):108-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266519/pdf/apc.2011.0178.pdf>
 22. Chaudoir SR, Norton WE, Earnshwn VA, Moneyham L, Mugavero MJ, Hiers KM. Coping with hiv stigma: do proactive coping and spiritual peace buffer the effect of stigma on depression? *AIDS Behav*[Internet]. 2012[cited 2015 Dec 07];16:2382–91. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-011-0039-3>
 23. Pecoraro A, Pacciolla A, O'Cleirigh C, Mimiaga M, Kwiatek P, Blokhina E, Verbitskaya E, Krupitsky E, Woody GE. Proactive coping and spirituality among patients who left or remained in antiretroviral treatment in St Petersburg, Russian Federation. *AIDS Care*[Internet]. 2015[cited 2015 Dec 07];13:1-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26461806>
 24. Dalmida SG, Koenig HG, Holstad MM, Thomas TL. Religious and psychosocial covariates of health-related quality of life in people living with HIV/AIDS. *HIV/AIDS Res Treat*[Internet]. 2015[cited 2015 Dec 07];1(1):1-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.17140/HARTOJ-1-101>
 25. Trevino KM, Pargament KI, Cotton S, Leonard AC, Hahn J, Caprini-Faigin CA, Tsevat J. Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS Behav*[Internet]. 2010[cited 2015 Dec 07];14(2):379-89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18064557>
 26. Lima TC, Freita MIP. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2012[cited 2015 Dec 07];65(1):110-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/16.pdf>
 27. Szaflarski M. Spirituality and Religion among HIV-Infected Individuals. *Curr HIV/AIDS Rep*[Internet]. 2013[cited 2015 Dec 07];10:324-32. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11904-013-0175-7>