

Los estigmas que involucran las creencias religiosas y a las personas viviendo con el VIH

The stigmas surrounding Religious Beliefs and People Living with HIV

Os estigmas que envolvem as Crenças Religiosas e as Pessoas Vivendo com HIV

André Luís Brugger Silva¹, Fabiana Barbosa Assumpção de Souza², Érika Bicalho de Almeida³, Márcia Pereira GomesFranco Coffré⁴

¹Mestre em Enfermagem. Correo electrónico: albrugger@hotmail.com

²Pós-doutorado em Enfermagem, Professora Associada da EEAP/UNIRIO. Correo electrónico: fabiassumpcao@hotmail.com

³Doutora em Ciências, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da FCMS/JF. Correo electrónico: ebicalhoenf@hotmail.com

⁴Mestre em Enfermagem. Correo electrónico: mpsemog@gamil.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Silva, A.L.B., Souza, F.B.A., Almeida, E.B. & Gomes, M.P. (2020). Los estigmas que involucran las creencias religiosas y a las personas viviendo con el VIH. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24 (57) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.03>

Correspondencia: Rua Padre Nóbrega, 30, Apartamento 302, Bloco 3, Paineiras, Juiz de Fora, Minas Gerais-Brasil, CEP:36016-140.

Correo electrónico de contacto: albrugger@hotmail.com



Recibido:20/11/2019

Aceptado:12/03/2020

ABSTRACT

Introduction: Human immunodeficiency virus (HIV) infection due to its severity, mainly due to the evolution of opportunistic diseases and its pandemic character, represents a current health problem. In this context, religion and spirituality collaborate to confront this health problem. **Objectives:** To analyze the stigmas that involve religious beliefs and people living with HIV (PLHA). **Methodology:** A cross-sectional, qualitative descriptive study that used a semi-structured interview script in 17 patients undergoing treatment at the Immunology outpatient clinic of a University Hospital of Rio de Janeiro. The qualitative analysis of the speeches used the Content Analysis method, aiming at interpreting the meaning of the narratives of the subjects interviewed. **Discussion:** The stigmas surrounding disease and prejudice promote behavioral changes in the individual. However, Religious Beliefs and Spirituality influence the breaking of paradigms and minimize the suffering of these patients, consolidating a network of solidarity involving religion and patient, which provides improvements in the quality of life of these individuals. **Conclusion:** Religious beliefs were identified as promoters of behavioral changes and transposition of stigmas related to the disease. **Key words:** HIV, religion, stigma, quality of life.

RESUMEN

Introducción: La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), a causa de su gravedad, especialmente por la evolución de las enfermedades oportunistas y su carácter pandémico, representa un problema de

salud en la actualidad. En este contexto, la religión y la espiritualidad contribuyen para el afrontamiento de este agravio a la salud. **Objetivos:** Hacer un análisis de los estigmas que involucran las creencias religiosas y a las personas viviendo con el VIH (PVVIH). **Metodología:** Estudio transversal, descriptivo de naturaleza cualitativa, en el que se ha utilizado un guion de entrevista semiestructurado con 17 pacientes en tratamiento en el ambulatorio inmunológico de un Hospital Universitario de Río de Janeiro. El análisis cualitativo de las respuestas utilizó el método de Análisis de Contenido, como herramienta para la interpretación del sentido de las narrativas de los participantes del estudio. **Discusión:** Los estigmas asociados a la enfermedad y el prejuicio provocan cambios comportamentales en el individuo. Sin embargo, las creencias religiosas y la espiritualidad influyen en la ruptura de paradigmas y reducen el sufrimiento de los pacientes, consolidando una red de solidaridad que involucra religión y paciente, lo que promueve mejoras en la calidad de vida de esos individuos. **Conclusión:** Se identificó las creencias religiosas como promotoras de cambios comportamentales y transposición de estigmas relacionados con la enfermedad. **Palabras clave:** VIH, religión, estigma, calidad de vida.

RESUMO

Introdução: A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) devido a sua gravidade, principalmente pela evolução das doenças oportunistas e seu caráter pandêmico, representa um problema de

saúde na atualidade. Nesse contexto a religião e a espiritualidade colaboram para o enfrentamento desse agravo a saúde. **Objetivos:** Analisar os estigmas que envolvem as Crenças Religiosas e as Pessoas Vivendo com HIV(PVHIV). **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo de natureza qualitativa, que utilizou um roteiro de entrevista semiestruturado em 17 pacientes em tratamento no ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. A análise qualitativa das falas utilizou o método da Análise de Conteúdo, visando à interpretação do sentido das narrativas dos participantes. **Discussão:** Os estigmas que envolvem a doença e o preconceito promovem mudanças comportamentais no indivíduo. Porém, as Crenças Religiosas e Espiritualidade influenciam na quebra de paradigmas e minimizam o sofrimento desses pacientes, consolidando uma rede de solidariedade envolvendo religião e paciente, o que proporciona melhorias na qualidade de vida desses indivíduos. **Conclusão:** As crenças religiosas foram identificadas como promotoras de mudanças de comportamento e transposição de estigmas relacionados a doença. **Palavras-Chave:** HIV, religião, estigma e qualidade de vida

INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), devido à sua gravidade, principalmente pela evolução das doenças oportunistas e seu caráter pandêmico, representa um problema de saúde da atualidade. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) notificou 842.710

casos de aids, no período janeiro de 1980 a junho de 2016 no Brasil, sendo 548.850 (65,1%) casos do sexo masculino e 293.685 (34,9%) do sexo feminino. Nos últimos cinco anos, foram registrados em média 41 mil novos casos (BRASIL, 2016). Atualmente, a epidemia no país é estável e concentrada em subgrupos populacionais vulneráveis, mas os adultos do sexo masculino ainda são os mais acometidos (UNAIDS BRASIL, 2016; CUNHA et al., 2015).

A Lei nº 9.313/96 foi um avanço na TARV, ao garantir a distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A política assistencial do SUS tem ampliado cada vez mais o acesso gratuito ao diagnóstico do HIV e, conseqüentemente, ao tratamento da aids (SILVA et al.,2015). Dados do ano de 2015, publicados no Boletim Epidemiológico, mostram que 449.762 Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) estavam em tratamento com antirretrovirais. Anualmente, são aproximadamente 65 mil indivíduos que iniciam Terapia Antirretroviral (TARV) no país. Do início da epidemia da aids em 1980 a dezembro de 2015 no Brasil, foram identificados 303.353 óbitos, que tiveram como causa morte a aids, sendo a maioria dos casos (60,3%) na região Sudeste (BRASIL, 2015).

No Brasil, o acesso irrestrito e a ampla distribuição da TARV determinaram que a doença passasse de fatal para uma condição de doença crônica (OLIVEIRA et al., 2015; SILVA et al., 2015). Numa visão mais ampla, o número de pessoas que recebe TARV na América Latina e no Caribe aumentou de 210.000, em 2003, para 795.000 em 2010, representando 56% das pessoas que precisam de tratamento, e 44% de todas as pessoas com HIV (BRASIL, 2010). Sabe-se que o envolvimento com grupos religiosos favorece a adesão ao tratamento, contribuindo para a qualidade de vida da Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV) (CALIARI et al., 2018).

Os resultados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010 apontam que a população brasileira, no que se refere à religião, é formada por Católicos Apostólicos Romanos 64,8%, Evangélicos 22,2%, Espíritas 4%, Umbanda e Candomblé 0,3% e Outras Religiões 2,7%, e os que declararam não ter religião representam 8% da população. Estes dados mostram o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil, se comparado com o censo anterior de 2000. A proporção de católicos seguiu a tendência de redução

observada nas duas décadas anteriores, embora tenha permanecido majoritária. Em paralelo, consolidou-se o crescimento da parcela da população que se declarou evangélica. Os dados censitários indicam também o aumento do total de pessoas que professam a religião espírita, dos que se declararam sem religião, ainda que em ritmo inferior ao da década anterior, e do conjunto pertencente à outras religiosidades (BRASIL, 2012).

Segundo Costa et al. (2018), a religião contribui para minimizar a vulnerabilidade das PVHIV, através de orientações baseadas nos dogmas religiosos. Ao respeitar e seguir esses preceitos, acredita-se numa menor exposição a comportamentos de risco.

A pesquisa de Silva et al. (2015) apontou que as crenças religiosas corroboram com o alívio do sofrimento causado pelos estigmas que envolvem o HIV, permitindo sustentar a busca pela cura e a adesão ao tratamento. Assim, a pesquisa teve como objetivo analisar os estigmas que envolvem as crenças religiosas e as PVHIV. **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de natureza qualitativa, fruto de uma dissertação de mestrado, que utilizou um roteiro de

entrevista semiestruturado, aplicado a 17 PVHIV, independentemente do sexo, da crença religiosa, do tempo de tratamento, de apresentarem outras comorbidades e serem maiores de 18 anos, atendidas no ambulatório de um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro, o qual é referência no tratamento do HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro.

A pesquisa obedeceu às normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi submetida à análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), aprovada sob número CAAE: 70665917.7.0000.5285. Após a aprovação no CEP e a concordância em participar do estudo, atrelada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas foram agendadas com os pacientes durante a consulta no referido ambulatório.

A coleta dos dados ocorreu entre janeiro e maio de 2018, através da aplicação de um roteiro de entrevista gravada em mídia digital, em que os pacientes foram identificados com a letra “P” e números aleatórios. O roteiro abordou dados demográficos dos pacientes, o tipo de crença religiosa, a relação entre as crenças, espiritualidade e as implicações na vida da PVHIV.

As perguntas do roteiro foram aplicadas com a preocupação de capturar a história de vida, adoecimento, os estigmas, religiosidade e espiritualidade dos pacientes. As gravações das falas serão armazenadas por cinco anos pelos pesquisadores, e destruídas posteriormente.

A análise qualitativa das falas utilizou o método da Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (2011), que compreende três fases: a) Pré-análise: as transcrições das entrevistas foram organizadas e sistematizadas, retomando as hipóteses e os objetivos do estudo, que direcionaram a discussão; b) Exploração do material: codificação dos conteúdos das falas, definindo as categorias, que possibilitou interpretações e inferências e c) Tratamento dos resultados: consolidou as mensagens contidas no conteúdo das falas tornando-as significativas, direcionando uma análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011; SANTOS, 2012).

As informações obtidas com as entrevistas foram relacionadas à literatura publicada sobre o assunto. Os temas identificados como mais relevantes proporcionaram a discussão que se segue.

DISCUSSÃO

A maioria dos participantes foi do sexo masculino 58% (10), cerca de 75% (13) em idade produtiva, entre 30 e 59 anos. No quesito escolaridade, prevaleceu o ensino médio 29% (5). O tempo de tratamento entre 5 a 10 anos compreendeu 71% (12) do participantes, porém 29% (5) tratam há mais de 20 anos.

Quando abordados sobre suas crenças religiosas, diferente dos dados do IBGE já apontados neste estudo, a maioria 45% (8) relatou frequentar religiões espíritas e/ou de matrizes africanas como Umbanda e Candomblé, e estas foram seguidas pela religião evangélica, representada por 42% (7) dos participantes.

Apoiados na análise de conteúdo de Bardin, foram identificados os achados mais relevantes relacionados aos estigmas que envolvem as PVHIV (BARDIN, 2011).

Os conteúdos das falas dos participantes apontam que o envolvimento religioso está associado ao bem estar físico e psíquico do indivíduo. Esse bem estar é fruto de estratégias de enfrentamento da doença, consideradas por Brito & Seidl (2019) e Cunha & Scorsolini-Comin (2019) como *coping* positivo. Os estudos produzidos por esses autores consolidam a definição de

coping positivo como estratégias de enfrentamento, que proporcionam efeitos benéficos para o indivíduo. Um exemplo a ser dado é a adesão à terapia antirretroviral pela PVHIV calcada no acolhimento religioso e nas crenças por ele gerado.

Por outro lado, os mesmos estudos identificam que a religião e espiritualidade influenciam negativamente o indivíduo no seu processo saúde doença, originando estratégias que proporcionam consequências prejudiciais, denominadas *coping* negativo (BRITO & SEIDL, 2019; CUNHA & SCORSOLINI-COMIN, 2019). A crença na cura divina do HIV, ocasionando o abandono do tratamento, é considerada um exemplo do *coping* negativo.

Os participantes do estudo, em sua maioria, apresentam um período longo de tratamento no ambulatório e muitos consideram que Deus proporcionou a eles uma nova chance de vida. Nesse universo, sentimentos como acolhimento e gratidão se misturam. As falas abaixo demonstram o *coping* positivo relacionado às crenças religiosas: *Deus não veio para condenar ninguém, me senti bem mais acolhido pelo pastor do que pela própria família,*

Cultura de los Cuidados

meus filhos não aceitam minha doença (P1). [...] eu sempre aceitei a doença, o tratamento, mas faltava um conforto espiritual, tinha um vazio, que foi preenchido com a outra religião, me sinto grata. Parecia que eu estava num abismo e fui resgatada, é algo difícil de ser explicado...quando eu sinto que vou cair eu falo para mim mesma “opa pera aí quando eu estava no mundo eu sempre me levantei porque agora que eu estou na presença de Deus eu vou cair, de jeito nenhum isso vai acontecer”, eu converso comigo mesma...aí ligo o rádio no louvor bem alto, danço com Deus (P13).

As falas propõem a presença muito próxima de Deus, como se um diálogo fosse estabelecido entre as partes, uma comunicação repleta de sentimentos que denotam proximidade. Essa aproximação promove um conforto espiritual, que envolve conversa, dança, questionamentos, indagações das PVHIV com o ser divino, que os próprios pacientes denominam ser Deus.

Diante da vulnerabilidade na qual a PVHIV se vê imersa, a religião surge como apoio no enfrentamento e nas ações de prevenção da doença (COSTA et al., 2018). Por outro lado, esse Deus também pode punir, e o passado da PVHIV repleto de atitudes, segundo eles, impróprias é o fator determinante que justifica o estar doente.

A doença é caracterizada pelas PVHIV como uma forma de punição divina, pelas atitudes erradas no passado. As falas apontam o *coping* negativo ligado aos julgamentos religiosos: *Jesus me perdoou, mas tenho que pagar meu preço (P1). A religiosidade passou a ser necessária depois que descobri a doença... precisamos levar a culpa pelo passado, que se possa pedir perdão... (P12).*

As crenças religiosas podem favorecer o sentimento de aceitação, ao mesmo tempo que a doença é consequência das atitudes do indivíduo,

o que pode gerar um sentimento de culpa e punição. Para Caliarì et al. (2018), a religião pode ser fonte de apoio e esperança no enfrentamento do agravo. Porém, o medo da exposição social e do preconceito podem reforçar o HIV como pecado, aumentando o sentimento de culpa pela infecção, o que acarreta o afastamento da PVHIV da religião, promovendo sentimento de revolta com a condição sorológica, por acreditar que a doença é um castigo divino.

Culpa e pecado são sentimentos provenientes da discriminação moral que envolve a doença, principalmente devido ao fato de ser uma infecção sexualmente transmissível. Esse fato somado à dualidade entre o “bem e mal, pecado e virtude” parecem compor uma questão

importante na relação da PVHIV com seus grupos religiosos. Segundo os estudos de Silva, Moura e Pereira (2013), prevalece socialmente um estigma negativo envolvendo o HIV, decorrente da falta de perspectiva de cura e de contágio facilitado pelas relações afetivas e sexuais, essenciais ao ser humano.

A PVHIV vivencia o medo da exposição social da doença, que no estudo de Silva et al. (2015), representa a condenação à “morte moral” do indivíduo, por considerar que a sociedade julga como desvio de conduta os hábitos de vida daqueles com diagnóstico positivo para HIV.

As PVHIV vivem num conflito de sentimentos, num questionamento com o divino de por que eu? O que eu fiz para ter essa doença? Porque mereço esse castigo? Se sentem pecadores, castigados, indignos do perdão, e ao mesmo tempo acreditam que Deus lhes proporcionou uma segunda chance.

Estudo envolvendo homens e mulheres diagnosticados com Tuberculose e aids apontou o quanto é desgastante emocionalmente, para elas, o enfrentamento da doença. A culpa e o sentimento de castigo para elas têm origem nos hábitos de vida, que promovem isolamento social e restrição

dos relacionamentos interpessoais (SILVA et al., 2015). Soma-se a esta visão socialmente estabelecida outra de cunho religioso, a de decadência moral do indivíduo, devido à culpa por seus comportamentos mundanos. Para Brito & Seidl (2019), a resiliência diante da soropositividade está relacionada ao sentimento de culpa diante da contaminação pelo HIV.

Para alguns participantes da pesquisa, a religião promove a falsa esperança da cura, considerada um *coping* negativo, mesmo tendo consciência de que não foi descoberta pela medicina até o presente momento. Outros acreditam que ela existe e que a fé é capaz de curar independente da comprovação científica. O estudo de Cunha & Scorsolini-Comin (2019) verificou a presença de estratégias para negar a realidade, o mesmo foi apontado por Brito & Seidl (2019) no que tange a PVHIV.

Nos trechos a seguir observamos a confirmação desse *coping* negativo na fala dos participantes do estudo em tela. Os pacientes passam a atribuir a Deus a melhora e a possibilidade da cura, como demonstram as falas: *Tudo que eu faço acredito que tem a permissão de Deus, mas eu acredito e tenho fé que a cura da doença*

Cultura de los Cuidados

vai chegar, eu acredito (P14). [...] teve um paciente que foi curado da aids, e deu o seu testemunho, o pastor só aceitou o testemunho com os papeis comprovando que foi curado mesmo (P7).

Os pacientes alimentam-se de informações inverídicas e dos próprios desejos, baseados na ideia da cura, da descoberta de uma vacina e do sonho de uma vida livre dos medos e preconceitos que envolvem a doença. Todavia, existem PVHIV que, por influência da religião, acreditam na cura e se apegam a esse desejo, para continuarem o tratamento e vencerem os estigmas.

O fato de estarem com o vírus indetectável através dos exames laboratoriais dá a esses indivíduos a falsa ideia de cura, esse sentimento é sustentado por líderes religiosos sem nenhum fundamento científico, o que consolida a falsa condição de cura através da fé. A pesquisa realizada por De Diego & Guerrero (2018) sobre a influência da religião na saúde apontou que os líderes religiosos podem influenciar nas decisões das pessoas sobre os cuidados com a própria saúde.

A fala a seguir demonstra essa realidade: *[...] mas Deus nos levanta, eu creio na minha cura, e creio que hoje ao olhar meus exames o médico vai suspender meu medicamento, porque eu*

sei que para a medicina é uma doença que não tem cura, mas que para Deus tem. Eu vejo muitos testemunhos na televisão e na igreja também, de pessoas que tiveram a doença (aids) e hoje estão curadas, tanto que geraram filhos saudáveis, isso significa que existe cura. Eu creio, eu falo com Deus e ele me atende [...]eu quero mostrar para muitos que a cura existe, não a da medicina, mas a igreja é capaz de curar (P13).

A idealização da cura pela fé perpassa pela gravidade de acreditar que se a criança filha de mãe HIV pode negatizar, o adulto também pode alcançar esse propósito. Porém, os participantes não relataram abandono do tratamento baseado na possibilidade de cura através da fé, o que reforça a necessidade do acompanhamento multiprofissional da PVHIV, que deve ser contínuo e baseado no acolhimento, dando ao paciente a liberdade de expressar seus conflitos e externar sentimentos por ele vivenciados.

Segundo o Manual do Ministério da Saúde de 2017, quando a carga viral materna é suprimida próxima ao parto somada ao uso da TARV durante a gravidez, reduz-se a taxa de transmissão vertical do HIV de aproximadamente 30% para menos de 1% (BRASIL, 2017); Fatores esses que contribuem para a qualidade de vida de crianças e

adolescentes vivendo com HIV/aids, ao contrário do início da epidemia na década de 1980.

O estudo de Caliri et al.(2018) aponta que a qualidade de vida das PVHIV pode estar relacionada à adesão ao tratamento, ao acolhimento recebido pelos profissionais de saúde e ao vínculo com os serviços de saúde e grupos de convivência. A exclusão foi apontada pelo estudo como um fator preponderante para a não adesão à TARV.

Ao mesmo tempo, o relato que se segue direciona o olhar para a realidade e até para certa indignação com a falsa ideia da cura disseminada por alguns líderes religiosos. Pois se torna claro que, diante da ideia da cura, o tratamento passa a ser interrompido pela PVHIV, o que piora a saúde do indivíduo, conforme demonstra a narrativa: *Tenho um filho de 22 anos que é soro positivo, ele é esquizofrênico e foi para um abrigo, onde o pastor disse que ele podia parar de tomar o coquetel que estaria curado [...] a gente sabe que não tem cura, não adianta se enganar, tem que tomar o remédio direitinho, não vai ser ninguém que vai me enganar dizendo que foi curado, porque eu sei que a cura ainda não existe. Estão estudando,*

tentando, mas tá difícil, a saúde pública está precária (P16).

Os discursos dos participantes se apoiam em testemunhos dados nas reuniões religiosas, que podem influenciar de forma positiva ou negativa na adesão ao tratamento e na falsa ideia de que a cura da doença já existe. Muitos buscam nos grupos religiosos apoio e qualidade de vida, que podem estar associados às atividades por eles desenvolvidas ligadas à religião. Não obstante, as falas dos participantes demonstram que a religião contribui com um *coping* positivo no tratamento, na mudança de comportamento e na busca de hábitos saudáveis.

Os *coping* positivos são determinantes para a qualidade de vida em saúde. Assim, é crescente o interesse dos profissionais da área em ações positivas que promovam a melhora de vida de seus pacientes. Essa busca não se restringe apenas em combater o sofrimento e a incapacidade do indivíduo nas suas atividades de vida diárias, mas também em tornar o alcance de produtividade significativo e ajudar o paciente a ter uma vida mais saudável e feliz.

Para Oliveira et al.(2015), a qualidade de vida da PVHIV é mensurada pela escala *World Health*

Cultura de los Cuidados

Organization Quality of Life (WHOQOL) HIV-bref, baseada na Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Contribuindo para essa definição e incorporando o fator religioso na qualidade de vida do indivíduo, através dos estudos de Silva et al. (2016) e Gomes et al. (2018), percebe-se que a religiosidade e espiritualidade são dimensões que contribuem para o bem-estar e enfrentamento de enfermidades.

A busca pela qualidade de vida em PVHIV também perpassa pelo *coping* positivo envolvendo religião e espiritualidade. O estudo de Oliveira et al. (2015), realizado com 146 PVHIV, em um hospital do nordeste do país, verificou que a espiritualidade e a religião colaboraram para a qualidade de vida, através da melhoria do seu estado de saúde, o que os ajudou a lidar com o estresse relacionado ao estigma e discriminação sofrida.

Verificaram-se mudanças de comportamento, estilo de vida e uma elevação da autoestima, promovendo um aumento de bem-estar, como aponta a

fala que se segue: *Percebo que eu posso ter minha vida normal e cuidar da doença normalmente, e não ficar com paranoia com a doença e deixar de viver. Hoje eu posso dizer que vivo até melhor do que antes de descobrir a doença. O que me ajudou foi a união da parte espiritual, da parte física, o tratamento e a terapia. Eu não deixo de ir à academia, de vir a terapia, a consulta e de buscar da parte espiritual...mas eu não vivo em função disso, não faço dela meu único apoio, não sou um fanático religioso, eu vou uma vez por mês, somente quando é necessário, fora isso eu fico em casa e mentalmente eu procuro a espiritualidade, o espiritismo é mais você com você mesmo (P2).*

A religião pode colaborar na ressignificação dos estigmas relacionados à doença e à morte pelo paciente. Assim, juntamente com a espiritualidade, mostra-se modificadora de comportamentos, principalmente os considerados de risco, que se ajustam ao processo saúde doença do indivíduo (FARINHA et al. 2018). O estudo de Correia et al. (2016, p.2903) verificou que “a religiosidade pode vir a ser não só uma estratégia de enfrentamento pessoal, como de força pró-social e também um método de controle comportamental”.

Já o estudo de Pio et al. (2017) aponta para conjuntos de fatores que

contribuem para a qualidade de vida do indivíduo. Alterações nas capacidades física e cognitiva comprometem o bem-estar do sujeito em sociedade. É significativo observar que, diante da infecção pelo HIV, os indivíduos necessitam de maiores cuidados com o ambiente e principalmente com os hábitos de vida negativos. Pois o que se verifica é uma maior fragilidade da saúde condicionada à imunodeficiência causada pelo vírus.

A qualidade de vida também perpassa pelo ambiente de trabalho, em que se estabelecem relações sociais importantes e significativas para o sujeito. Porém, as PVHIV esbarram no preconceito, que age como fator limitador, indo desde a empregabilidade à permanência do vínculo empregatício. Nesse momento, os direitos comuns a todos os cidadãos são negligenciados e se estabelecem prejuízos, que vão do social ao econômico (CUNHA et al., 2015).

O estudo de Silva, Moura e Pereira (2013) aborda sentimentos como medo do preconceito e discriminação após contaminação pelo HIV, que vão além do âmbito familiar, percorrendo também o ambiente de trabalho. No universo laboral, a chance real da perda do emprego impacta nas perspectivas

econômicas e sociais do indivíduo, por ser um perigo iminente ao se descobrir a infecção pelo HIV. Permanecer empregado passa a ser um desafio constante, que reside na importância da independência econômica, da contribuição na renda familiar e satisfação das necessidades básicas da PVHIV e sua família.

CONCLUSÃO

Os grupos religiosos são apontados pelos participantes como apoiadores, acolhedores e essenciais no processo de enfrentamento e principalmente na decisão de aceitar e aderir ao tratamento, o que agrega a ele outros valores. Mas o processo saúde e doença que envolve a PVHIV também deixa sequelas nas crenças religiosas.

Tal trajetória perpassa pelo diagnóstico, cercado pelo medo, seguido pela busca do acolhimento religioso e/ou familiar, depois pela aceitação da nova realidade, a busca pela cura, e por último a adesão e manutenção da TARV.

A Religiosidade/Espiritualidade, a fé, provocou mudanças na percepção da PVHIV acerca da doença, o que em muitos a vontade de continuar lutando pela vida. As consequências foram a melhoria da condição de saúde, advinda do tratamento, a resiliência e

o relacionamento com os outros e com Deus. Há de se considerar que o tratamento não se limita apenas ao medicamento, ele vai desde a alimentação saudável, passando pelo físico, espiritual, a saúde mental e o bem estar social. É todo um universo de fatores que contribuem para a qualidade de vida do indivíduo, diante de uma doença ainda sem cura efetiva e considerada crônica pelos profissionais de saúde.

A partir dessa ampla discussão científica acerca da influência da religião e espiritualidade no processo saúde doença, vislumbra-se a necessidade do envolvimento dos profissionais de saúde nesse contexto, o que poderá possibilitar melhorias na prevenção, recuperação e promoção da saúde da PVHIV. Mas, para que esse movimento aconteça, é necessário que tal temática seja discutida durante a formação do profissional.

BIBLIOGRAFIA

- Brardin, Laurende. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2010). *Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar*. Brasília: Ministério da Saúde, 42-93.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Censo demográfico de 2010, 1-56*. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2015). HIV e aids. *Boletim Epidemiológico*, 4(1), 1-100.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2016). HIV e aids. *Boletim Epidemiológico*, 5(1), 1-64.
- Brasil, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. (2017). *Conexão saúde*, 1-33.
- Brito, H. L., Seidl, E. M. F. (2019). Resilience of People with HIV/AIDS: Influence of Religious Coping. *Trends Psychol. Ribeirão Preto*, 27 (3), 647-660. doi: 10.9788/TP2019.3-04.
- Caliari J.S. et al. (2018). Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatient follow-up. *Rev Bras Enferm*, 71 (Suppl 1), 513-22.
- Correia, D. S. et al. (2016). A importância da religiosidade/espiritualidade na perspectiva do paciente oncológico. *Rev Enferm UFP*, 10 (8), 2895-2905. doi: 10.5205/reuol.9373-82134-1-RV1008201615
- Costa, M.S. et al. (2018). Knowledge, beliefs, and attitudes of older women in HIV/AIDS prevention. *Rev Bras Enferm*, 71(1), 40-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0521>.
- Cunha, G. H. et al. (2015). Qualidade de vida de homens com AIDS e o modelo da determinação social da saúde. *Rev Latino-Am Enferm*, 23 (2), 91-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>.
- Cunha, V. F., Scorsolini-Comin, F. (2019). Religiosity/Spirituality (R/S) in the Clinical Context: Professional Experiences of Psychotherapists. *Trends Psychol. Ribeirão Preto*, 27(2), 427-441. doi: 10.9788/TP2019.2-10.
- De Diego, C. R. & Guerrero Rodríguez, M. (2018). La influencia de la religiosidad en la salud: el caso de los hábitos saludables/no saludables. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22(52). doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.15>

Farinha, F. T. et al. (2018). Correlação entre espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em adolescentes. *Rev. bioét.* 26 (4), 567-73. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018264275>

Gomes, I. C. C. et al. (2018). Attitudes facing pain and the spirituality of chronic renal patients in hemodialysis. *Br J Pain.* 1(4), 320-4. doi: 0.5935/2595-0118.20180061

Oliveira, F. B. et al. (2015). Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm,* 28(6), 510-6.

Pio, D. P. M. et al. (2017). Hospitalization of people 50 years old or older living with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm,* 70 (4), 881-886. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-01_13.

Santos, Fernanda Marsaro dos. (2012). Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Revista Ele. De Educação,* 6 (1) 383-387.

Silva, J. B. et al. (2015). Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva,* 25 (1), 209-229. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100012>.

Silva, C. F. et al. (2016). Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Bioét.* 24 (2), 332-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242134>.

Silva, L. M. S., Moura, M. A. V., Pereira, M. L. D. (2013). Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/aids: subsídios norteadores para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm,* 22 (2), 335-342.

Unaid, Brasil. (2016). Entre na via rápida: abordagem no ciclo de vida para o HIV. Sao Paulo: UNAIDS, 1-40.



Fuente: CC BY-NC 2.0 license. <https://search.creativecommons.org/photos/d96ea6c6-8f4e-4018-a181-868378ce74e2>