



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

***COPING RELIGIOSO, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM  
HIV/AIDS***

**Hérica Landi de Brito**

**Brasília, março de 2016**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

***COPING RELIGIOSO, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM  
HIV/AIDS***

**Hérica Landi de Brito**

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Linha de pesquisa: Processo saúde-doença

**ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl.**

**Brasília, março de 2016.**

BB862 Brito, Hérica Landi de  
COPING RELIGIOSO, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE  
VIDA DE PESSOAS COM HIV/AIDS / Hérica Landi de  
Brito; orientador Eliane Maria Fleury Seidl. --  
Brasília, 2016.  
134 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Processos de  
Desenvolvimento Humano e Saúde) -- Universidade de  
Brasília, 2016.

1. HIV/aids. 2. resiliência. 3. coping religioso.  
4. religiosidade. 5. qualidade de vida. I. Seidl,  
Eliane Maria Fleury, orient. II. Título.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente  
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

---

Prof. Dra. Sheila Giardini Murta - Membro  
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

---

Prof. Dra. Denise de Souza Fleith - Membro  
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

---

Prof. Dra. Marta Helena de Freitas - Membro  
Universidade Católica de Brasília

---

Profa. Dra. Janaína Bianca Barletta - Membro  
Universidade Paulista

---

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz - Suplente  
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

### *Agradecimentos*

Quero agradecer a todas as pessoas e instituições que contribuíram para que se tornasse possível a execução deste trabalho:

Agradeço meus pais pelos investimentos na minha formação profissional e dedicação pessoal para me ensinar todos os dias “aquelas coisas que não aprendemos nos livros”.

Agradeço a professora Eliane Maria Fleury Seidl, por ser a melhor orientadora que eu poderia ter tido, pela receptividade desde o primeiro encontro em sua sala até as fases finais de elaboração da tese, pela organização, compreensão, respeito e profissionalismo que caracterizam sua atuação e, sobretudo, por ser essa pessoa que a gente quer sempre ter por perto.

Agradeço ao professor Dr. Claudio Ivan de Oliveira, professor da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pelo tempo dedicado à minha formação complementar da graduação ao ingresso no doutorado, em ocasiões de monitoria, iniciação científica, elaboração do projeto de mestrado e acompanhamento durante o processo seletivo do doutorado. A esse professor também todo meu agradecimento ao cuidado que sempre teve com minha vida desde 2005, quando ingressei no curso de graduação em Psicologia.

Agradeço as contribuições das professoras Dra. Sheila Giardini Murta, Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo e Dra. Elizabeth Queiroz que gentilmente participaram do meu exame de qualificação.

Agradeço também aos membros da comissão avaliadora pelo aceite em participar da sessão de defesa da presente tese.

Agradeço ao Hospital de Doenças Tropicais (HDT) e seu Comitê de Ética pela oportunidade de coletar os dados nesta instituição, assim como por todo o apoio dado pela equipe do ambulatório na operacionalização dos procedimentos de coleta.

Agradeço a todos os participantes que prontamente se dispuseram a responder os instrumentos utilizados nesta pesquisa.

Agradeço à psicóloga Taissila Lorrany Pereira Dias, minha ex-aluna, pela dedicação e seriedade com que me auxiliou nos procedimentos de coleta de dados no hospital e, principalmente, pelo respeito e ética para com os participantes.

Agradeço à Fabine Evellin Romão Pimentel, Diretora Regional de Operações – Goiás, das Faculdades Alves Faria (ALFA) pela amizade e compreensão nas minhas ausências ao trabalho em decorrência das idas à UnB e ao HDT e a todos os alunos do curso de Psicologia da ALFA, instituição em que trabalho, pela convivência diária que oportunizam condições de aprendizado mútuo e contínuo.

Agradeço à Universidade de Brasília (UnB), especialmente ao Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (PGPDS), por constituir parte da minha identidade acadêmica e profissional.

Agradeço também o apoio fornecido pela CAPES.

A todos vocês, muito obrigada!

## Resumo

A infecção por HIV/aids traz implicações médicas, psicológicas e sociais que impõem esforços adaptativos às pessoas soropositivas. Apesar disso, estudos demonstram que muitas delas preservam sua qualidade de vida e bem-estar psicológico. Essas mudanças decorrem em grande parte do advento do tratamento antirretroviral que transformou a aids em condição crônica, trazendo perspectivas reais de uma vida longa e saudável para as pessoas soropositivas. Autores têm apontado a resiliência como um dos fatores que permite às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) persistirem ou se adaptarem à soropositividade. No contexto do processo saúde-doença, esta refere-se à capacidade de uma pessoa lidar com os estressores decorrentes da enfermidade, readaptando-se de forma positiva, o que contribui para o aprendizado e o crescimento pessoal mesmo diante das adversidades e limitações que podem surgir e oferecer riscos à saúde. Um aspecto que pode contribuir para a promoção da resiliência e, conseqüentemente, para a adaptação de PVHA é a religiosidade. Estudos indicam que estas utilizam sua dimensão religiosa e/ou espiritual para lidar com a condição de soropositividade, com possibilidade de influências diversas sobre a qualidade de vida. O processo pelo qual as pessoas, por meio da religião, tentam lidar com exigências pessoais ou situacionais em suas vidas é denominado *coping* religioso. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo geral investigar associações entre estratégias de *coping* religioso (positivo e negativo), resiliência e qualidade de vida em pacientes com HIV/aids. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, de corte transversal, de caráter correlacional e preditivo. Participaram do estudo 200 pessoas soropositivas acompanhadas em um ambulatório especializado em HIV/aids de um hospital da cidade de Goiânia que responderam aos seguintes instrumentos: questionário geral sobre aspectos sociodemográficos, médico-clínicos e religiosos; Escala Breve de Enfrentamento Religioso; Escala de Avaliação da Resiliência e o World Health Organization Quality of Life-HIV Bref. Os dados foram analisados mediante o uso do *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows versão 20, com técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. Do total de participantes, 105 eram homens (52,5%). A média etária foi de 39 anos ( $DP=10,9$ ) e os pacientes haviam recebido o diagnóstico, em média, há sete anos ( $DP= 6,3$ ). Os dados sugeriram um relacionamento ortogonal entre *coping* religioso positivo (CRP) e negativo (CRN) de modo que associações não significativas foram encontradas ( $r_s=0,12$ ;  $p=0,08$ ), indicando que ambos estão medindo padrões distintos do *coping* religioso. A média do CRP foi maior que a de CRN, sendo 3,5 ( $DP=0,52$ ) e 1,7 ( $DP=0,68$ ), respectivamente, o que significa que os participantes utilizaram mais CRP do que CRN, indicador de modos mais adaptativos para lidar com estressores relativos à soropositividade. Nas análises bivariadas realizadas neste estudo, as estratégias de *coping* religioso foram associadas de forma significativa com duas características sociodemográficas: escolaridade e idade. De acordo com os resultados, pessoas com menor escolaridade fizeram mais uso de CRN e pessoas mais velhas (39 anos ou mais) utilizaram mais CRP. O Teste H de Kruskal-Wallis mostrou que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto ao uso do

*coping* religioso positivo, negativo e *coping* religioso geral segundo o tempo de diagnóstico, tempo de uso da medicação antirretroviral, níveis de células T CD4+, mas indicou maior utilização de *coping* religioso geral pelas pessoas com carga viral indetectável ( $H=11,42$ ;  $p=0,003$ ). Os participantes apresentaram bons níveis médios de resiliência ( $M=3,06$ ;  $DP=0,41$ ) sendo, portanto, capazes de enfrentar as dificuldades decorrentes da soropositividade e de aprender com elas. As análises de correlação indicaram que resiliência associou-se significativa e positivamente ao *coping* religioso positivo ( $r_s = 0,37$ ;  $p=0,01$ ) e ao *coping* religioso total ( $r_s = 0,36$ ;  $p=0,000$ ). Com o *coping* religioso negativo, essa associação foi negativa ( $r_s = -0,1$ ;  $p=0,04$ ). Na análise de regressão múltipla padrão, tanto o CR negativo quanto o positivo foram preditores significativos da resiliência, de modo que escores mais altos de resiliência resultaram de uma maior utilização de *coping* religioso positivo e menor utilização do *coping* religioso negativo na amostra de PVHA que participaram desse estudo. Resiliência não se associou a nenhuma das variáveis sociodemográficas e médico-clínicas analisadas. Por fim, os pacientes com HIV/aids apresentaram bons escores médios de QV, classificados como intermediários, sendo que a dimensão meio ambiente apresentou a menor média. Os preditores da QV foram: resiliência, escolaridade e *coping* religioso negativo. Nossos resultados não confirmam estudos anteriores com PVHA que identificaram associações significativas entre *coping* religioso positivo e melhor QV ou seja, não reforçam a existência de associação positiva entre CRP e QV, pois apenas o *coping* religioso negativo foi significativamente correlacionado a esta variável, sendo a direção dessa relação negativa, indicando que as pessoas que apresentaram melhor QV fizeram uso de menos *coping* religioso negativo. Cabe ressaltar, assim, as influências relevantes das variáveis psicossociais *coping* religioso e resiliência, ao lado da escolaridade na predição dos resultados de QV, o que revela a importância das redes de apoio psicossocial no cuidado de pessoas que vivem com HIV/aids. Os resultados confirmaram o papel importante que o *coping* religioso pode desempenhar no processo de superação das adversidades relacionadas à convivência com a infecção por HIV/aids e destacam o papel destas estratégias na QV de PVHA e, portanto, estas deveriam ser rotineiramente avaliadas pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: HIV/aids, resiliência, *coping* religioso, religiosidade, qualidade de vida.



## Abstract

The HIV/AIDS provides medical, psychological and social implications that require adaptation efforts to seropositive people. Nevertheless, studies show that many of them preserve their quality of life and psychological well-being. These changes result largely from the advent of antiretroviral treatment that has transformed AIDS in a chronic condition, bringing real prospects for a long and healthy life for seropositive people. Authors have pointed resilience as one of the factors that allows people living with HIV / AIDS (PLWHA) persist or adapt to seropositivity. Resilience in the context of the health-disease, refers to the ability of a person dealing with the stressors arising from infirmity, readapting positively contributing to learning and personal growth even into the face of adversity and limitations that can arise and pose risks to health. One aspect that can contribute to promoting resilience and hence for adaptation of people living with HIV/AIDS is religiousness. Studies indicate that the use their religious and/or spiritual dimension to deal with seropositive status, with the possibility of many influences on the quality of life. The process by which people, through religion, try to deal with personal or situational requirements in their lives is called religious coping. Therefore, this study aimed to investigate the associations between religious coping strategies (positive and negative), resilience and quality of life in patients with HIV/AIDS. This is a quantitative and cross-sectional research with a correlational and predictive character. The study included 200 HIV positive patients followed in outpatient settings by a specialized hospital in the city of Goiania who responded to these instruments: General questionnaire on sociodemographic, clinical-medical and religious aspects; the Brazilian Ways of Religious Coping Scale; Resilience Scale and World Health Organization Quality of Life-HIV BREF. Data were analyzed by using SPSS software (Statistical Package for Social Sciences) for Windows version 20, with descriptive and inferential technical statistics. Among all subjects, 105 were male (52.5%). The average age was 39 years (SD = 10.9) and patients had been diagnosed, on average, seven years before (SD = 6.3). The data suggested an orthogonal relationship between positive religious coping (CRP) and negative (CRN) so that no significant associations were found ( $r = 0.12$ ;  $p = 0.08$ ), indicating that both are measuring different religious coping patterns. The CRP average was greater than the CRN, being 3.5 (SD = 0.52) and 1.7 (SD = 0.68), respectively, which means that participants used more CRP than CRN, indicator of more adaptive ways to deal with stressors related to seropositivity. In bivariate analyzes performed in this study, religious coping strategies were significantly associated with two sociodemographic characteristics: age and education. According to the results, people with less education have made more use of CRN and older people (39 and older) have used more CRP. The Kruskal-Wallis H test showed that there were no statistically significant differences between the groups regarding the use of positive religious coping, negative and total religious coping according to the time of diagnosis, time of use of antiretroviral medication, CD4 + cells levels but indicated more use of total religious coping

by persons with undetectable viral load ( $M = 11.42$ ;  $p = 0.003$ ). Participants showed good average levels of resilience ( $M = 3.06$ ,  $SD = 0.41$ ) and is thus able to cope with the difficulties arising from seropositivity and learn from them. Correlation analysis indicated that resilience was associated significantly and positively to the positive religious coping ( $r = 0.37$ ;  $p = 0.01$ ) and total religious coping ( $r = 0.36$ ;  $p = 0.001$ ). With the negative religious coping this association was negative ( $r_s = -0.1$ ;  $p = 0.04$ ). In multiple regression analysis both negative CR as positive were significant predictors of resilience, so that higher scores of resilience resulted from increased use of positive religious coping and less use of negative religious coping in the sample of HIV-positive people who participated in this study. Resilience was not associated with any of the sociodemographic and medical clinical variables analyzed. Finally, patients with HIV/AIDS obtained good mean scores of QOL, classified as intermediate, and the dimension environment had the lowest average. The predictors of QoL were: resilience, education and negative religious coping. Our results do not support previous studies with PLWHA that have identified significant associations between positive religious coping and better QOL that is not reinforce the existence of a positive association between CRP and QOL because only the negative religious coping was significantly related to this variable and the direction of this relationship was negative, indicating that people that had better QOL made use of less negative religious coping. It is noteworthy, therefore, the relevant influences of psychosocial variables religious coping and resilience side of education to the prediction of QOL results, which reveals the importance of psychosocial support networks in the care of people living with HIV/AIDS. The results confirmed the important role that religious coping may play in the process of overcoming the adversities related to living with HIV / AIDS and highlight the role of these strategies in the QOL of PLWHA and therefore this should be routinely evaluated by health professionals.

**Keywords:** HIV / AIDS, resilience, religious coping, religiosity, quality of life.

## Sumário

<b>Capítulo 1. Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo 2. Revisão da literatura</b> .....	4
A Aids e suas implicações biopsicossociais .....	4
Qualidade de vida: considerações teóricas acerca de sua definição e avaliação em uma perspectiva global .....	6
WHOQOL – HIV: o instrumento da OMS para avaliação da QV de pessoas soropositivas .....	9
Considerações acerca do impacto da infecção por HIV/aids na qualidade de vida .....	11
Qualidade de vida de pacientes com HIV/aids: resultados de pesquisas empíricas na população brasileira .....	14
Religiosidade e <i>coping</i> : implicações para o processo saúde-doença .....	17
Elaboração e desenvolvimento da RCOPE: uma proposta de avaliação do <i>coping</i> religioso .....	25
Desenvolvimento da Brief RCOPE .....	30
Validação e tradução da RCOPE para o português .....	31
Validação e tradução da Brief RCOPE para o português .....	32
<i>Coping</i> religioso de pessoas vivendo com HIV/aids .....	32
Resiliência: considerações teóricas .....	38
Resiliência, religiosidade e HIV/aids .....	43
<b>Capítulo 3. Justificativa e Objetivos</b> .....	49
Justificativa .....	49
Objetivos .....	51
Objetivo geral .....	51
Objetivos específicos .....	51
<b>Capítulo 4. Método</b> .....	53
Delineamento .....	53
Participantes .....	53
Instrumentos .....	53
Procedimentos de coleta de dados .....	56
Análise dos dados .....	58
<b>Capítulo 5. Resultados</b> .....	60

Caracterização sociodemográfica, religiosa e médico-clínica da amostra.....	60
Análise e descrição do <i>coping</i> religioso .....	64
Análise e descrição das dimensões de resiliência.....	68
Análise e descrição da qualidade de vida .....	70
Regressão linear múltipla: procedimentos preliminares .....	75
Investigando os preditores da qualidade de vida.....	77
Investigando os preditores da resiliência.....	78
<b>Capítulo 6. Discussão</b> .....	79
Aspectos sociodemográficos e médico-clínicos da amostra.....	79
Qualidade de vida .....	81
Resiliência .....	84
<i>Coping</i> religioso: implicações na resiliência e QV.....	86
Limitações do estudo.....	91
Implicações para a prática profissional em HIV/aids .....	93
<b>Capítulo 7. Considerações finais</b> .....	97
<b>Referências</b> .....	99
<b>Anexo A.</b> Questionário Geral.....	110
<b>Anexo B.</b> Escala Breve de Enfrentamento Religioso .....	113
<b>Anexo C.</b> Escala de Avaliação da Resiliência (EAR).....	114
<b>Anexo D.</b> Questionário WHOQOL-HIV Bref.....	116
<b>Anexo E.</b> Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais (HDT) .....	119
<b>Anexo F.</b> Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (UnB).....	120
<b>Anexo G.</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	121

**Lista de Figuras**

Figura 1. Estratégias ou Métodos Ilustrativos de <i>Coping</i> Religioso.....	23
---	----

### Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados Sociodemográficos e Médico-clínicos da Amostra Global (N = 200).....	62
Tabela 2. Distribuição dos Participantes de Acordo com Características Religiosas/Espirituais (N=200) .....	63
Tabela 3. Médias, Desvios-padrão, Medianas, Valores Máximos e Mínimos da Escala CR (N=200) .....	64
Tabela 4. Frequência da Distribuição das Estratégias de Coping Religioso, Segundo as Respostas aos Itens .....	65
Tabela 5. Escores Médios de <i>Coping</i> Religioso Segundo Sexo, Escolaridade, Idade e Situação Conjugal (N = 200) .....	67
Tabela 6. Médias, Desvios-padrão, Medianas, Valores Máximos e Mínimos da EAR (N=199) .....	68
Tabela 7. Escores Médios de Resiliência Segundo Sexo, Escolaridade, Situação Conjugal e Idade (N = 199) .....	70
Tabela 8. Dados Descritivos Referentes aos Domínios do WHOQOL-HIV Bref (N=199).....	70
Tabela 9. Correlações entre Domínios do WHOQOL-HIV Bref, Fatores da Escala CR e Resiliência (N=199) .....	72
Tabela 10. Escores Médios da QV Total e seus Domínios segundo Sexo, Escolaridade, Situação Conjugal e Idade (N = 200) .....	74
Tabela 11. Valores de Tolerância e Fatores de Inflação da Variância (FIV) das Variáveis Predictoras .....	76
Tabela 12. Regressão múltipla padrão das variáveis sexo, escolaridade, resiliência, <i> coping</i> religioso positivo e <i> coping</i> religioso negativo em relação a qualidade de vida (N=198) .....	77
Tabela 13. Regressão múltipla padrão das variáveis <i> coping</i> religioso positivo e <i> coping</i> religioso negativo em relação a resiliência (N=198) .....	78

## CAPÍTULO 1

### Introdução

O interesse da autora na temática tratada no Doutorado existe desde a graduação em Psicologia, mediante a participação como integrante do grupo de estudos “Psicologia Social da Religião na Pós-Modernidade”, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), coordenado pelo Dr. Cláudio Ivan de Oliveira, entre os anos de 2005 e 2009. Também decorreu de trabalho realizado em nível de iniciação científica, dentro da mesma área de conhecimento e orientado pelo mesmo professor que culminou na realização da pesquisa "Uma perspectiva sociopsicológica de compreensão do paradigma psico-hermenêutico do binômio saúde-doença do Neopentecostalismo nas Igrejas Universal do Reino de Deus e Igreja Fonte da Vida”. Posteriormente, no mestrado, investigou-se, a partir de uma perspectiva qualitativa, o processo de *coping* religioso de pessoas em processo psicoterapêutico. Assim, a aproximação com a Psicologia da Saúde motivou a realização do Doutorado com o tema delineado neste estudo.

Com o advento da terapia antirretroviral (TARV), que se tornou disponível no Brasil em 1996, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) transpôs a característica de enfermidade eminentemente letal para uma doença crônica e controlável. Sua cronicidade está associada a um tratamento longo e persistente, acarretando a necessidade de avaliação contínua e acompanhamento a longo prazo dos aspectos psicossociais de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Isso requer uma atenção integral e de melhor qualidade na medida em que estes podem influenciar o curso da infecção (Seidl, Zannon, & Troccóli, 2005). Um dos aspectos psicossociais da soropositividade que deve ser considerado pela equipe de saúde é a dimensão religiosa e/ou espiritual, posto que tende a influenciar a percepção da doença e o processo de enfrentamento, podendo afetar a adesão ao tratamento no contexto de doenças graves (Meirelles et al., 2010; Mellagi, 2009).

As pesquisas sobre espiritualidade e religiosidade em pessoas com HIV/aids são escassas no Brasil, mas já existem em maior número no âmbito internacional, segundo Calvetti, Muller e Nunes (2008). Estudos têm reconhecido a importância dessas dimensões na vida e no bem-estar de pessoas soropositivas (Cotton et al., 2006; Joshi & Kumari, 2009). Grande parte da literatura da área aponta que crenças e práticas religiosas são mediadoras do processo saúde-doença, por possibilitarem o desenvolvimento e o aumento de recursos pessoais de *coping* (Faria & Seidl, 2005; Faria & Seidl, 2006a).

Nesse sentido, *coping* religioso/espiritual se refere ao modo como as pessoas fazem uso de sua religião, espiritualidade ou fé para compreender ou se adaptar a situações críticas e adversas por meio de um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas para manejar o estresse diário e/ou advindo de crises existenciais ou circunstanciais que ocorrem ao longo da vida (Pargament, 1997). Há um debate entre os estudiosos acerca da conceitualização e operacionalização dos termos religião e

espiritualidade visando uma linguagem teórica uniforme. Visões mais contemporâneas tendem a delimitar as respectivas definições dos termos de forma a descrever construtos distintos, mas relacionados. A diferença tem sido explicada com base na religião ser institucionalmente socializada, vinculada a uma doutrina coletivamente compartilhada e/ou praticada, sendo em geral definida no contexto de compromissos ideológicos e filiação institucional para descrever tradições e expressões doutrinárias formais. A espiritualidade, por sua vez, refere-se a buscas e práticas subjetivas, individuais e não institucionais, para encontrar, manter e transformar uma relação com o sagrado que está além do tangível e do temporal, bem como ligada a elementos transcendentais e transpessoais da existência humana independente ou não de pertencer a uma religião (Vance, Brennan, Enah, Smith, & Kaur, 2011). Por outro lado, Hill e Pargament (2003) consideram religião e espiritualidade, construtos que não são independentes, mas relacionados, de modo que a fragmentação dos mesmos pode culminar na necessidade infundada de medidas de avaliação distintas.

Cabe destacar que publicações recentes têm distinguido *coping* religioso e espiritual (Bonomo, Gragefe, Gerbasi, Carvalho, & Fontes, 2015; Charzyn´ska, 2015; Gall, & Guirguis-Younger, 2013; Henry, 2013; Panzini, 2004) mas em vários trabalhos os mesmos são utilizados como sinônimos (Faria & Seidl, 2005; Pargament, 1997; Tix & Frazier, 1998). Sem ignorar que os dois termos são diferenciados na literatura, neste trabalho optou-se por considerar apenas o termo *coping* religioso em referência também ao *coping* espiritual, ambos complementares e frequentemente usados em conjunto. Não se utilizou os termos de maneira distinta, pois transcende os objetivos do trabalho avaliar suas diferenças conceituais e em termos de implicações para pacientes com HIV/aids. Além disso, a escala usada neste estudo para avaliar *coping* religioso foi validada a partir da *RCOPE Scale* (Pargament, Koenig, & Perez, 2000), originalmente denominada de escala de *coping* religioso.

Estudos têm ressaltado a importância das crenças e práticas religiosas como estratégia de enfrentamento a estressores do contexto de vida de pessoas com HIV/aids. Dessa forma, muitas delas parecem lidar com as dificuldades acarretadas pela condição crônica a partir de sua dimensão religiosa, de modo que esta se constitui em um dos aspectos formadores e presentes no processo de resiliência (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007). Resiliência, por sua vez, é definida como a capacidade de um indivíduo adaptar-se positivamente em situações de estresse e adversidades (Lopes & Martins, 2011).

Tem havido um interesse crescente no estudo da religião, religiosidade e espiritualidade e suas relações com a saúde física e mental em pacientes com doenças crônicas, incluindo pacientes com HIV (Yi et al., 2006). Porém, ainda são poucos os estudos que examinaram o papel – positivo, prejudicial ou de outro tipo – que a espiritualidade/religiosidade desempenha no processo de *coping* de pacientes com HIV (Tsevat, 2006), especialmente no que tange aos efeitos do *coping* religioso sobre a qualidade de vida e a resiliência desse grupo populacional, sobretudo em amostra brasileira, indicando a necessidade de que pesquisas sobre tais temáticas sejam realizadas.



A presente tese está dividida em capítulos. O capítulo 1 visa apresentar o estudo como um todo ao leitor, em termos de contextualização teórica e do que se propôs a realizar. O capítulo 2 corresponde a uma revisão da literatura que, por sua vez, encontra-se subdividida em nove tópicos onde foram abordadas as variáveis do estudo, suas definições, bem como a história dos conceitos que subsidiaram o embasamento teórico para toda a pesquisa. Mais especificamente, aspectos da infecção por HIV/aids, incluindo tratamento antirretroviral e suas manifestações psicossociais além de considerações teóricas e empíricas acerca da definição e avaliação da qualidade de vida (QV) em PVHA e do impacto da infecção na mesma. Em seguida, contribuições da religiosidade para o processo de *coping* de pessoas soropositivas foram mencionadas juntamente com a descrição da elaboração e validação de instrumentos de avaliação do *coping* religioso nesta população no Brasil. Por fim, a revisão contempla a definição e caracterização do processo de resiliência, sua relevância para pacientes HIV/aids e as contribuições da religiosidade para seu desenvolvimento. O capítulo 3 discorreu acerca da justificativa para o estudo e seus objetivos gerais e específicos. No método (Capítulo 4) está apresentada a metodologia utilizada na condução da pesquisa, e é composto da definição do tipo do estudo, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, os instrumentos utilizados na investigação, e os procedimentos de coleta e análise de dados. Na seção seguinte, foi apresentada a análise e descrição dos resultados que contemplam a caracterização sociodemográfica, religiosa e médico-clínica da amostra e das variáveis psicológicas avaliadas – *coping* religioso, resiliência e qualidade de vida – além das análises bivariadas e multivariadas entre as mesmas (Capítulo 5). A discussão dos dados com a literatura sobre o tema está exposta no capítulo 6 bem como as limitações e implicações para a prática clínica. O trabalho foi finalizado com as considerações finais (Capítulo 7) e as referências utilizadas nessa tese.

## CAPÍTULO 2

### Revisão da Literatura

#### **A Aids e suas Implicações Biopsicossociais**

A epidemia da aids é uma realidade mundial e configura um dos mais sérios problemas contemporâneos de saúde pública (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, 2015; Silva, Rocha, Davim, & Torres, 2008). A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) é uma manifestação clínica avançada da doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) – um retrovírus que provoca no organismo uma disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos T CD4+, tornando o indivíduo mais susceptível a infecções oportunistas, neoplasias e doenças neurológicas associadas, sendo que quanto mais baixo for esse índice, maior o risco do indivíduo desenvolver a enfermidade aids (Lazarotto, Deresz, & Sprinz, 2010).

Em meados da década de 1980, a aids era considerada uma doença subaguda, de descoberta tardia, com evolução inexorável para a morte. Frequentemente os pacientes chegavam pela primeira vez aos serviços de saúde já em condição de terminalidade, vítimas de doenças oportunistas. A partir da década de 1990, com o entendimento acerca de sua patogênese e introdução da terapia antirretroviral (TARV), que tem possibilitado a supressão sustentada da carga viral e a reconstituição imunológica das pessoas infectadas pelo HIV, tornou-se possível manter o paciente em estado de controle da enfermidade por longos períodos de tempo. Como consequência, observou-se um declínio notável da morbidade secundária por doenças oportunistas e da mortalidade por aids, ocasionando um aumento significativo da expectativa de vida em boas condições de saúde (Casotti, Passos, Oliveira, & Cerutti, 2011). Esses avanços modificaram o curso da aids, que transpôs a característica de enfermidade eminentemente letal para uma doença crônica e controlável (Antoni et al., 2006; Kennedy, Medley, Sweat, & O'Reilly., 2010).

A mudança no curso da infecção pelo HIV mediante o uso de antirretrovirais tornou-se possível porque o tratamento com os mesmos inibe de forma eficaz a replicação viral, permitindo a elevação consistente do nível dos linfócitos T CD4 +, células-alvo do HIV. As pessoas que fazem uso regular desses medicamentos atingem níveis plasmáticos de carga viral indetectável, ocasionando melhora dos níveis de imunidade, e diminuição das chances de a pessoa desenvolver infecções oportunistas. A efetividade da TARV em controlar a replicação viral e reduzir a morbimortalidade relacionada à aids tem sido amplamente demonstrada (Casotti et al., 2011; Ferreira, Oliveira, & Paniago, 2012).

Mesmo com os avanços no campo do tratamento e da diminuição da letalidade, a prevalência da aids permanece elevada. De acordo com os dados do último relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e aids (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, 2015), estima-se que 36,9 milhões de pessoas viviam com o HIV em 2014 no mundo. Havia em 2014, dois milhões de

novas infecções pelo HIV notificadas no mundo, mostrando um declínio de 33% se considerado os três milhões em 2001. O número de pessoas que morrem por causas relacionadas a aids também está em declínio, com 1,2 milhões de mortes em 2014, uma queda de 0,8 milhões se comparadas ao ano 2005. Ressalta-se ainda que até março de 2015, 15 milhões de pessoas tiveram acesso à TARV, diante de 13,6 em junho de 2014.

O Brasil, desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2015, alcançou 798366 casos registrados da doença. Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado anualmente, uma média de 40,6 mil casos novos de aids. A taxa de detecção da infecção no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, de modo que a taxa de incidência no Brasil apresenta uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes, de acordo com dados apresentados pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil divulgado em 2015. Desde o início da epidemia (1980) até dezembro de 2014, foram identificados 290.929 óbitos tendo como causa básica a aids. Avaliando o coeficiente de mortalidade padronizado, observa-se uma tendência significativa de queda nos últimos dez anos para o Brasil como um todo, o qual passou de 6,1 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2004 para 5,7 em 2013, representando uma queda de 6,6%. Merece destaque que nosso país tem se destacado no cenário internacional com a disponibilização gratuita dos medicamentos antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde - SUS desde 1996 (Ferreira et al., 2012a).

A prevalência elevada indica que mesmo com os avanços terapêuticos relevantes relacionados ao diagnóstico, tratamento e prevenção das infecções oportunistas, muitos desafios ainda persistem no âmbito da prevenção e da assistência em HIV/aids (Ferreira et al., 2012a). Um deles é o surgimento de cepas do HIV resistentes à medicação especialmente como resultado da não adesão. Uma adesão inferior ao ideal/ótima ao tratamento pode provocar uma mutação viral em linhagens resistentes a medicamentos culminando na progressão da infecção pelo HIV para aids e morte. Este novo desafio é fundamental para o sucesso do tratamento da aids e intervenções relacionadas porque os resultados da saúde e da qualidade de vida para os pacientes em TARV dependem da adesão (Kisenyi, Muliira, & Ayebare, 2013).

Cabe ressaltar que a eficácia da medicação antirretroviral no tratamento da aids trouxe uma melhora das condições de vida das pessoas soropositivas, mas também o convívio com a manifestação de efeitos adversos, o que acarreta a necessidade de ajustes e de adaptações na vida diária para a administração das consequências do tratamento (Flores, 2012; Maia, 2006; Meirelles et al., 2010; Soárez, Castelo, Abrão, Holmes, & Ciconelli, 2009).

Pode-se destacar ainda que, com o advento e avanços da terapia antirretroviral combinada, novas questões biopsicossociais tornaram-se presentes para as pessoas infectadas pelo HIV, sendo possível mencionar: a diminuição do medo iminente da morte logo após o diagnóstico; as mudanças na expectativa de vida dado o aumento significativo no tempo de sobrevida em boas condições de saúde; a necessidade de uma redefinição e reconstrução dos objetivos pessoais, da situação profissional e dos relacionamentos; a reavaliação de crenças e benefícios do tratamento e a necessidade de

estabelecimento e fortalecimento dos vínculos afetivos (Calvetti, 2010; Carvalho et al., 2007). Outros aspectos psicossociais relevantes são a vivência da sexualidade, da conjugalidade, da paternidade/maternidade com parceiros com sorologia igual ou diferente e a configuração da rede social de apoio no contexto da soropositividade (Seidl et al., 2005; Seidl & Faustino, 2014). Cotton et al. (2006) ressaltam ainda que a aids apresenta um conjunto único de desafios existenciais aos pacientes na medida que eles confrontam questões acerca de esperança/fé, morte, aflição/dor, significado/propósito e perda.

O aumento na sobrevivência também tem sido acompanhado de novas questões e desafios como a lipodistrofia, aumentos do risco cardiovascular, da diabetes e ocorrências de comportamento de risco como práticas sexuais não seguras (Weiss et al., 2011). Há, portanto, estressores relacionados a incertezas sobre a evolução e o curso clínico da doença, as dificuldades quanto à adesão ao tratamento devido ao regime medicamentoso complexo e prolongado e a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos. Ademais, preocupações quanto ao estigma, discriminação e preconceito podem culminar com a restrição de relacionamentos interpessoais, inclusive afetivo-sexuais, o que impacta negativamente a rede social de apoio de pessoas com HIV/aids (Henry, 2003; Lima, Saldanha, & Oliveira, 2009; Mellagi, 2009; Resende, Silva, Marques, & Abreu, 2008; Seidl & Tróccoli, 2006; Silva, 2009).

Nessa perspectiva, as manifestações clínicas decorrentes de um quadro de imunodeficiência da infecção por HIV associam-se a implicações médicas, psicológicas e sociais complexas que se apresentam em momentos diversos, desde o diagnóstico até outras fases do tratamento, podendo gerar um estado prolongado de estresse associado a dificuldades que a condição sorológica impõe, de maior ou menor intensidade, com eventuais efeitos negativos sobre a qualidade de vida, o que exige das PVHA esforços adaptativos relevantes. Assim, a vivência da soropositividade pode sobrecarregar os recursos de enfrentamento das PVHA, aumentar sua vulnerabilidade, ameaçar a saúde e o bem-estar físico e psicológico, com eventuais efeitos negativos sobre a qualidade de vida, prejudicando, dessa forma, o ajustamento psicossocial (Calvetti, 2010; Carvalho et al., 2007; Castro & Remor, 2004; Dalmida, Koenig, Holstad, & Thomas, 2015; Farber, Schwartz, Schaper, Moonen, & Mcdaniel, 2000; Jayavasti et al., 2011; Moraes et al., 2009; Resende et al., 2008; Seidl, 2005; Seidl & Faustino, 2014).

Assim, com as alterações na história natural da infecção pelo HIV ocorridas com a introdução da terapia antirretroviral, ao lado da eventual presença de efeitos adversos associados a esses medicamentos e outras implicações biopsicossociais da infecção, a QV, tornou-se um parâmetro e um objetivo importante na avaliação do tratamento na prática clínica, em conjunto com indicadores imunológicos e virológicos em pacientes com HIV/aids (Calvetti, 2010; Meirelles et al., 2010; Razera, 2007).

### **Qualidade de Vida: Considerações Teóricas acerca de sua Definição e Avaliação em uma Perspectiva Global**

O termo qualidade de vida (QV) tem sido utilizado como sinônimo de estado de saúde, estado funcional, bem-estar psicológico, felicidade com a vida, satisfação das necessidades e avaliação da própria vida (Santos, Junior, & Lopes, 2007). Porém, a ausência de um consenso conceitual constitui um grande problema no desenvolvimento de instrumentos de avaliação, ao passo que não é possível afirmar, com clareza, quais elementos estes instrumentos estão mensurando. Alguns autores ressaltam a importância dos aspectos objetivos como questões físicas e funcionais enquanto outros enfatizam a relevância dos aspectos subjetivos como a percepção do indivíduo em relação à sua condição clínica. Em decorrência da falta de precisão conceitual, muitos instrumentos têm sido desenvolvidos com bases teóricas diferentes ou sem base conceitual alguma, dificultando a comparação da grande variedade de resultados de pesquisas sobre o tema (Zimpel, 2003).

Praticamente todos os instrumentos existentes até 2003 haviam sido desenvolvidos nos Estados Unidos e na Europa. Para a aplicação desses instrumentos em países no qual o inglês não é o idioma vernáculo, os mesmos eram submetidos a traduções literais, sem a preocupação de uma adaptação cultural (Pedroso, Gutierrez, Duarte, Pilatti, & Picinini, 2012).

A inexistência de um instrumento que avaliasse QV em uma perspectiva transcultural fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1991, constituísse um grupo de estudos sobre qualidade de vida denominado Grupo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Group*) com a finalidade de discutir sua definição e desenvolver um instrumento que a avaliasse em uma perspectiva internacional, na qual peritos pertencentes a vários centros situados em diferentes países com culturas diversas pudessem participar de forma colaborativa (Fleck, 2000; Pedroso et al., 2012).

Partindo da premissa, de que não havia um consenso sobre sua definição, o ponto inicial para a construção do instrumento da OMS foi conceituar qualidade de vida. De forma genérica, a OMS entende qualidade de vida como a "percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Trata-se de uma compreensão multidimensional e abrangente do construto que contempla a percepção inter relacionada de múltiplos aspectos do funcionamento físico, psicológico, social, ambiental, sexual e espiritual (Gaspar et al., 2010; Meirelles et al., 2010; WHOQOL Group, 1995).

Uma importante contribuição advinda dessa definição do Grupo WHOQOL refere-se à importância da valorização da percepção do indivíduo e não a dos profissionais de saúde ou um familiar: isso significa que a avaliação da QV deve ser realizada pelo próprio paciente, considerado como o mais apto a aferir subjetivamente sua condição em diversas áreas da vida, pois é ele quem vivencia sua sorpositividade e as adversidades dela decorrentes. Ressalta-se que tal avaliação está relacionada às experiências individuais, num dado momento dentro de um contexto ambiental, social e cultural que pode mudar ao longo do tempo e mesmo em diferentes situações (Maia, 2006; Meirelles, et al., 2010; Fleck, 2000).

Coerente com essa conceituação abrangente de QV, o WHOQOL-100 é a versão completa do primeiro instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, desenvolvido pelo WHOQOL Group. O desenvolvimento do mesmo partiu de três pressupostos centrais: (1) conceito de qualidade de vida abrangente; (2) uma medida quantitativa, confiável e válida que pode ser construída e aplicada a várias populações; e (3) qualquer fator que afete a QV influencia um largo espectro de componentes incorporados no instrumento e este, por sua vez, serve para avaliar o efeito de intervenções de saúde específicas na qualidade de vida (WHOQOL Group, 1993). O mesmo foi ainda desenvolvido sob uma metodologia criteriosa que envolveu a discussão sobre QV em grupos focais compostos de pacientes, profissionais de saúde e membros da comunidade (Pedroso et al., 2012). Essa etapa qualitativa foi seguida da análise da estrutura fatorial, que permitiu aferir a qualidade psicométrica do instrumento.

Trata-se de uma medida genérica composta de 100 questões distribuídas em seis domínios: físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso); psicológico (sentimentos positivos, cognição, autoestima, imagem corporal e sentimentos negativos); nível de independência (mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicação ou tratamento, capacidade de trabalho); relações sociais (relacionamentos pessoais, apoio social, atividade sexual, inclusão social); meio ambiente (segurança física e proteção, moradia, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações, participação em e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico- poluição, ruído, trânsito, clima e transporte) e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais (espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais).

Esses domínios são divididos em 24 facetas, cada uma avaliada mediante quatro itens. Dessa forma, o conjunto de facetas constitui um domínio. Além das 24 facetas específicas, o instrumento contém uma faceta geral que avalia qualidade de vida global e percepção geral da saúde, em que o respondente expressa o seu ponto de vista no que concerne à satisfação com a sua vida, com a saúde e qualidade de vida geral. As respostas para as questões são dadas em escala tipo Likert, composta por cinco níveis, variando de um a cinco. O instrumento apresenta boas características psicométricas quanto à consistência interna e validade de construto.

Com o objetivo de disponibilizar um instrumento não tão extenso e que demandasse menos tempo para preenchimento e preservasse as boas características psicométricas, o Grupo de QV da OMS desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100: o WHOQOL-Bref. Este é composto de 26 questões, sendo duas questões sobre a autoavaliação da qualidade de vida e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100. Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. O critério de seleção das questões para compor a versão abreviada foi tanto psicométrico como conceitual.

No nível conceitual, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS definiu que o caráter abrangente do instrumento original deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 está representada por uma questão. No nível psicométrico, selecionou-se, então, a

questão de cada faceta que apresentava a maior correlação com o escore total do WHOQOL-100. Depois dessa etapa, os 24 itens selecionados foram examinados para verificar se representavam conceitualmente o domínio de origem das facetas. Destes, seis foram substituídos por questões que melhor definissem a faceta correspondente, pois, sob o viés de especialistas havia outra questão na faceta correspondente que melhor a definisse. Realizou-se uma análise fatorial confirmatória para uma solução a quatro domínios: nível de independência foi incorporado ao domínio físico, assim como a faceta pertencente ao domínio aspectos espirituais/religião/crenças pessoais foi incorporada ao domínio psicológico. Assim, o WHOQOL-Bref é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (Fleck, 2000).

Desde a constituição do grupo de qualidade de vida da OMS, em 1991, e a apresentação das características psicométricas do estudo multicêntrico, o projeto estendeu-se a praticamente todo o mundo. Atualmente o WHOQOL (nas versões longa e abreviada) está disponível em mais de 50 idiomas, sendo um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade de vida.

### **WHOQOL – HIV: O Instrumento da OMS para Avaliação da QV de Pessoas Soropositivas**

O WHOQOL foi desenvolvido partindo do princípio de que o conceito de qualidade de vida é abrangente e pode ser aplicado a várias doenças e a situações não médicas. No entanto, para alguns grupos de pessoas ou de doenças, o WHOQOL pode não avaliar qualidade de vida de forma suficientemente completa ou apropriada. Nesses casos, seria recomendado o desenvolvimento de um módulo do WHOQOL que, ao ser usado em combinação com o instrumento nuclear (WHOQOL-100 ou Bref), avaliaria as circunstâncias e peculiaridades da doença em questão. A OMS identificou cinco áreas prioritárias para o desenvolvimento de módulos: pessoas sofrendo de doenças crônicas; pessoas que cuidam de pessoas doentes ou com limitações decorrentes da doença (cuidadores de pacientes em condição de terminalidade); pessoas vivendo em situações de estresse intenso (ex: campos de refugiados); pessoas com dificuldade de comunicação (com distúrbios severos de aprendizado) e crianças (WHO, 1993).

O primeiro módulo do WHOQOL desenvolvido foi o de HIV/aids, em função da importância da doença em termos mundiais e de saúde pública, do impacto na qualidade de vida, do estigma e das peculiaridades que envolvem a transmissão do HIV. Várias questões específicas foram consideradas sobre as particularidade que os pacientes com HIV/aids possuíam no que tange à sua avaliação de QV, como a rejeição social, a sensação de sobrecarga da rede de apoio, a culpa do paciente por essa sobrecarga, o impacto na sexualidade e o medo de infectar outras pessoas.

Assim, o WHOQOL-HIV é um módulo complementar, uma escala específica derivada do instrumento WHOQOL-100 e validado no Brasil por Zimpel e Fleck (2003). Trata-se de um instrumento de avaliação da QV direcionado apenas para PVHA, desenvolvido por pesquisadores da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) e da OMS. O WHOQOL-HIV avalia a qualidade de vida a partir de seis domínios e 29 facetas. Os domínios e facetas são os mesmos do WHOQOL-100, com o acréscimo de cinco facetas específicas para PVHA. A faceta do WHOQOL-100 que avalia a qualidade de vida geral permanece no WHOQOL-HIV. As facetas específicas para os portadores do HIV, assim como as facetas do WHOQOL-100, são compostas por quatro questões.

As facetas adicionais e exclusivas do WHOQOL-HIV se inserem nos domínios já existentes do WHOQOL-100: sintomas da enfermidade aids (problemas físicos que PVHAs podem vir a apresentar – Domínio I Físico); inclusão social (aceitação do indivíduo pela sociedade em que está inserido – Domínio IV relações sociais); perdão e culpa (sentimento de culpa que o indivíduo possui a respeito da sua infecção pelo HIV – Domínio VI Espiritualidade, religião e crenças pessoais); preocupações sobre o futuro (medo e preocupações sobre as mudanças no curso da vida do indivíduo após a infecção pelo HIV – Domínio VI Espiritualidade, religião e crenças pessoais); morte e morrer (preocupações com a morte, o local, o motivo e o sofrimento antes de morrer – Domínio VI Espiritualidade, religião e crenças pessoais).

Sob a mesma justificativa acerca da elaboração do WHOQOL-Bref, o Grupo WHOQOL desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-HIV. O WHOQOL-HIV Bref é baseado na versão breve do WHOQOL-100, de forma que cada faceta é representada por uma única questão. O WHOQOL-HIV Bref é composto das 26 questões do instrumento genérico breve de avaliação da QV sendo acrescentadas a esse cinco questões que representam as facetas adicionais do WHOQOL-HIV, contabilizando 31 questões no total. Ao contrário do que ocorre no WHOQOL-Bref, as facetas pertencentes aos domínios nível de independência e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais não são incorporadas aos domínios físico e psicológico, assumindo, assim, a mesma configuração dos domínios do WHOQOL-HIV em seis domínios (Pedroso et al., 2012).

Como no WHOQOL-100, as respostas às questões do WHOQOL-HIV Bref são pontuadas individualmente em uma escala Likert de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca- sempre) e avaliação (muito satisfeito-muito insatisfeito, muito bom-muito ruim), onde um indica percepções baixas e negativas e cinco indica percepções altas e positivas. Para sua análise, utiliza-se a sintaxe recomendada pela OMS, sendo obtidos escores de quatro a 24 para cada domínio, com os maiores valores indicando melhor qualidade de vida percebida (Magalhaes et al., 2011).

A versão brasileira do WHOQOL-HIV Bref apresentou boa validade, discriminando a qualidade de vida de pacientes nos diferentes estágios da infecção pelo HIV. Os escores de cada



domínio do instrumento foram significativamente correlacionados com o escore total e o instrumento apresentou boa consistência interna (Pedroso et al., 2012).

### **Considerações Acerca do Impacto da Infecção por HIV/aids na Qualidade de Vida**

Desde a identificação dos primeiros casos de aids, após cerca de três décadas, constata-se que a doença apresenta características epidemiológicas e clínicas diferentes daquelas inicialmente observadas, e que o impacto da soropositividade na vida das pessoas afetadas se modificou, bem como as suas necessidades devido, principalmente, aos avanços terapêuticos decorrentes de novos conhecimentos sobre sua patogenia e da possibilidade de reduzir a carga viral a níveis indetectáveis (Maia, 2006).

Apesar dos efeitos da soropositividade na saúde física, psicológica e nas relações sociais dos indivíduos infectados, o advento dos antirretrovirais modificou o perfil da epidemia para uma doença crônica, proporcionando redução acentuada do número de óbitos. Em decorrência, pessoas soropositivas tiveram não apenas seu tempo de sobrevida significativamente ampliado, mas sua qualidade de vida melhorada. Essas pessoas podem ressignificar a infecção pelo HIV a partir da desconstrução da ideia de morte advinda do diagnóstico e, conseqüentemente, reelaborar seus projetos de vida sob o prisma da cronicidade (Canini, Reis, Pereira, Gir, & Pelá, 2004; Ferreira et al., 2012a; Flores, 2012; Galvão, Cerqueira & Marcondes-Machado, 2004; Gaspar et al., 2011; Meirelles et al., 2010; Reis et al., 2011a; Reis, Santos, Dantos & Gir, 2011b).

Mesmo com os avanços terapêuticos relevantes relacionados ao diagnóstico, tratamento e prevenção das infecções oportunistas, muitos desafios ainda persistem no âmbito da prevenção e da assistência em HIV/aids (Ferreira et al., 2012a). Cabe ressaltar que a eficácia da medicação antirretroviral no tratamento da aids trouxe uma melhora das condições de vida das pessoas soropositivas, mas também o convívio com a manifestação de efeitos adversos, o que acarreta a necessidade de ajustes e de adaptações na vida diária para a administração das conseqüências do tratamento (Flores, 2012; Maia, 2006; Meirelles et al., 2010; Soárez et al., 2009).

Dessa forma a evolução crônica da infecção pelo HIV, bem como o tratamento medicamentoso contínuo e prolongado, repercutem em vários domínios da QV de pessoas vivendo com HIV/aids, requerendo sua avaliação para uma melhor compreensão das variáveis que podem trazer repercussões negativas em vários aspectos da vida de indivíduos soropositivos (Gaspar et al., 2010; Reis et al., 2011b).

Diante da mudança na trajetória da infecção pelo HIV para uma enfermidade crônica, ao lado da inexistência de cura para a doença, a avaliação da QV de pessoas soropositivas se tornou um dos objetivos da prática clínica (Ferreira et al., 2012; Canini et al., 2004; Reis et al., 2011b). Dessa forma, nos últimos anos notou-se interesse crescente pela mensuração da QV em indivíduos infectados pelo HIV (Soárez et al., 2009).

A mensuração da QV entre pessoas vivendo com HIV/aids na prática clínica possibilita avaliar as condições de saúde e a eficácia de intervenções de modo mais abrangente, a partir da perspectiva do

indivíduo, ampliando os desfechos para além da sintomatologia e da morbimortalidade, que utiliza comumente parâmetros biomédicos, como contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral, que são insuficientes para se compreender a complexidade dos resultados do tratamento e das intervenções terapêuticas (Galvão et al., 2004. Zimpel (2003) ressalta, no entanto, que muitos achados de instrumentos de qualidade de vida são discordantes dos sugeridos pelos desfechos convencionais de evolução da doença.

Assim, a inclusão da avaliação da QV no seguimento clínico de pessoas com HIV/aids, com instrumentos padronizados, pode identificar domínios mais críticos de suas vidas oferecendo parâmetros para um cuidado melhor e mais específico, de acordo com as necessidades individuais. Deve-se, porém, ressaltar a necessidade da avaliação da QV não apenas de maneira pontual, mas no acompanhamento contínuo desses indivíduos pelos profissionais de saúde (Santos et al., 2007).

Resultados de estudos com PVHA têm mostrado que a mensuração da QV é imprescindível para a avaliação de estratégias de tratamento tornando-se ferramenta importante para direcionar a distribuição de recursos e para a implementação de programas de saúde visando atenção integral e, que, portanto, contempla o monitoramento e direcionamento do cuidado em saúde para além dos aspectos médico-clínicos, incluindo a avaliação de aspectos psicossociais que podem impactar positiva ou negativamente a QV (Ferreira et al., 2012; Canini, et al., 2004; Reis et al., 2011b). Dessa forma, a identificação dos fatores que interferem na qualidade de vida pode contribuir para o atendimento mais humanizado às pessoas que vivem com HIV/aids.

A avaliação do impacto do vírus HIV na saúde e na qualidade de vida das pessoas tem sido objeto de estudos desde o início da epidemia. Os primeiros estudos sobre QV com pessoas vivendo com HIV/aids ocorreram antes das possibilidades efetivas de tratamento, nas décadas de 1980 e 1990, quando era comum o agravamento do quadro clínico. Por isso, esses estudos focalizavam variáveis da saúde física, como dor e fadiga de pacientes com sintomas mais graves além de aspectos clínicos e epidemiológicos da infecção, bem como nas implicações negativas da aids na saúde física e mental. A maioria revelou progressiva deterioração da QV dos indivíduos com HIV/aids ao longo do tempo. Com o advento da TARV, em 1996, a infecção pelo HIV/aids passou a ser considerada uma condição crônica e outras variáveis relacionadas aos aspectos psicossociais ganharam ênfase frente à expectativa de maior sobrevida e da possibilidade de se conviver com tal condição por muitos anos. Em decorrência, nos últimos anos, os estudos sobre QV nessa população têm avaliado a dimensão física e outras dimensões, como os aspectos psicossociais (Canini et al., 2004; Flores, 2012; Maia, 2006; Reis et al., 2011b; Seidl et al., 2005).

O foco dos estudos sobre QV em pessoas com HIV/aids está consoante com a evolução dos estudos sobre esse construto em pacientes com enfermidades crônicas. A maioria dos trabalhos sobre QV, no princípio da década de 1980, advinha das ciências médicas, em uma proporção de 10 para um, em relação a trabalhos da esfera psicossocial. No final da década de 1990, tal proporção já havia invertido. O crescimento do número de trabalhos científicos nessa área foi determinado pela

prevalência de enfermidades crônicas, tornando a QV um objetivo da atenção em saúde, em decorrência do avanço da medicina, que vem permitindo um aumento considerável na sobrevivência de pacientes em condições crônicas (Maia, 2006).

Estudos em pacientes com HIV/aids vêm sendo realizados mediante a utilização de vários instrumentos de avaliação da QV, o que dificulta, muitas vezes, comparação dos resultados encontrados. Estes têm utilizado instrumentos classificados como genéricos e específicos. Os primeiros avaliam de forma global os aspectos relacionados à qualidade de vida e possuem a vantagem de viabilizar comparações entre doenças diferentes. Porém, tendem a não ser sensíveis para detectar alterações clínicas significativas ou dimensões importantes de uma doença em particular. Os segundos concentram-se na avaliação de aspectos da QV relacionados à experiência de doenças específicas, como o HIV/aids e consideram questões particulares, relacionadas ao contexto da vida cotidiana de pessoas com essa enfermidade, como adaptação à doença, vivência de estigmas, preconceito e da sexualidade (Galvão et al., 2004; Gaspar et al., 2010; Moser & Traebert, 2011; Santos et al., 2007; Zimpel, 2003).

Atualmente, existem diversos instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida de pessoas com HIV/aids. Dentre estes se destacam o *HIV/AIDS Targeted Quality of Life* (HAT-QoL) e o WHOQOL-HIV Bref (Pedroso et al., 2012). O HAT-QoL é um instrumento com 42 itens, cujos nove domínios foram construídos a partir de sugestões de pacientes com HIV/aids. São eles: satisfação com a vida (oito itens), funcionamento geral (oito itens), preocupações com saúde (cinco itens), preocupações financeiras (quatro itens), questões relativas à medicação (quatro itens), aceitação do HIV (três itens), preocupações com o sigilo sobre a infecção (cinco itens), confiança no profissional (três itens) e funcionamento sexual (três itens) (Galvão et al., 2004).

Ele foi proposto por Holmes e Shea (1999), adaptado para o português por Galvão et al. (2004) e aplicado em gestantes soropositivas, mostrando correlações significativas entre seus domínios. Porém suas propriedades psicométricas não foram testadas. Soárez et al. (2009) se propuseram a adaptar culturalmente e avaliar a validade e a confiabilidade do HAT-QoL. Eles observaram correlação significativa entre os domínios do instrumento com variáveis clínicas e sociodemográficas e com os domínios do SF-36, instrumento genérico de QV. Os resultados preliminares sugeriram que o instrumento possui boa validade de construto visto que os domínios demonstraram consistência interna e confiabilidade satisfatórias.

Posteriormente, Moser e Traebert (2011) ao avaliar as propriedades psicométricas do HAT-QoL com 50 pacientes ambulatoriais HIV positivos, alguns deles doentes de aids, observaram uma alta consistência interna e uma confiabilidade satisfatória deste instrumento. A validade foi observada comparando os escores do instrumento com o WHOQOL-HIV Bref, já validado no Brasil. Os autores concluíram que o instrumento é válido, pois o coeficiente de correlação entre os escores do HAT-QoL e do WHOQOL-HIV Bref foi alto e significativo. Pode-se concluir que o processo de adaptação transcultural do questionário HIV/AIDS - Target Quality of Life para a cultura brasileira obteve

sucesso e o instrumento adaptado demonstrou boas propriedades psicométricas.

No Brasil, estudos têm sido realizados utilizando ambos os instrumentos no contexto do HIV/aids. Estes têm ressaltado a interrelação entre determinantes clínicos e psicossociais, tais como funcionamento psicológico, suporte social, mobilidade física e religiosidade na percepção de qualidade de vida. Em seguida serão apresentados e comentados estudos de aplicação desses instrumentos desenvolvidos para avaliação de QV em PVHA. Os mesmos salientam a influência de determinantes sociodemográficos e clínicos na QV desta população.

### **Qualidade de Vida de Pacientes com HIV/aids: Resultados de Pesquisas Empíricas na População Brasileira**

Resultados de diversos estudos apontaram que dimensões da QV de PVHA podem ser influenciadas por variáveis sociodemográficas e psicossociais. Estas podem ser fatores individuais, culturais, econômicos, sociais e psicológicos relacionados com o impacto do diagnóstico, do tratamento e da convivência cotidiana com uma enfermidade crônica. Além disso, ao longo da evolução da enfermidade, PVHA podem experimentar percepções distintas de sua QV (Flores, 2012; Maia, 2006; Reis et al., 2011b). Idade jovem, sexo masculino, nível mais alto de escolaridade, estado civil casado, boa renda mensal, trabalhar e/ou possuir vínculo empregatício, nível alto de linfócitos T CD4+, não ter iniciado a TARV (Ferreira et al., 2012a; Gaspar et al., 2011; Maia, 2006), bem como a possibilidade de manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais e o apoio social de familiares, amigos, parceiros, profissionais de saúde, membros de grupos religiosos, de apoio e convivência (Reis et al., 2011b) são fatores que apresentam associação com melhor percepção da QV

Estudos sobre QV em HIV/aids identificaram que as pessoas apresentavam escores mais baixos nos domínios relações sociais (relações pessoais, suporte social, atividade sexual) e meio ambiente, quando comparados aos dos domínios físico e psicológico. Esse resultado parece decorrer do estigma e da discriminação que estas pessoas enfrentam, associados às dificuldades na revelação diagnóstica em espaços sociais como trabalho, família e amigos, além daquelas relativas à vivência da sexualidade, por ser uma doença sexualmente transmissível (Meirelles et al., 2010; Seidl et al., 2005).

Considerando que a soropositividade pode implicar grande variabilidade da condição clínica, uma tendência dos estudos sobre QV tem sido a comparação entre pessoas assintomáticas e aquelas sintomáticas (doentes de aids). Os achados indicam que as segundas apresentam, em maior frequência, piores escores de avaliação da QV, bem como do funcionamento físico e psicológico (Seidl et al., 2005). No estudo realizado por Seidl et al. (2005) as variáveis psicossociais contribuíram de modo significativo para a explicação das dimensões da QV das pessoas soropositivas que participaram do estudo, alcançando em conjunto maior poder de predição. Escores mais altos na dimensão psicossocial da QV foram indicadores de bem-estar psicológico e de ajustamento à condição de soropositividade no presente estudo. Em contrapartida, a variável condição clínica apresentou fraco poder de predição, contribuindo como preditor significativo apenas no modelo final da dimensão física da QV. Os autores

pontuaram que o uso dos medicamentos antirretrovirais leva à quase indiferenciação quanto ao funcionamento físico – entre pessoas sintomáticas que recuperaram sua resposta imunológica e as condições de saúde física via tratamento – e aquelas assintomáticas que apresentam ausência de sinais e sintomas da aids.

Em uma pesquisa qualitativa, Meirelles et al. (2010) identificaram, a partir de entrevistas semiestruturadas com 14 pessoas, vários fatores que interferem na percepção da QV de pessoas que vivem com HIV/aids, como aspectos físicos decorrentes da doença, o seguimento do tratamento e o uso de antirretrovirais (ARV) e sociais como a presença de discriminação e preconceito. No relato dos participantes constatou-se que havia uma diversidade de percepções acerca da QV e, nessa conceituação, estavam relacionados fatores que contribuem para uma vida melhor, tais como: fé, alimentação saudável, lazer, atividade física, trabalho, moradia, usar corretamente os medicamentos ARV, saúde, satisfação consigo mesmo, bom atendimento em saúde, sentir-se saudável. As autoras concluíram que a identificação dos fatores que interferem na QV contribuiu para o atendimento mais humanizado às pessoas que vivem com HIV/aids, direcionando o cuidado para além dos aspectos clínicos.

O estudo de Galvão et al. (2004) avaliou a QV em 73 mulheres com HIV/aids por meio do HAT-QoL. Outra pesquisa realizada por Lopes, Silva, Torres e Stadnik (2011) também investigou a QV por meio desse mesmo instrumento em 86 pacientes soropositivos com mais de 50 anos. Os resultados de ambos os estudos demonstraram que o nível de satisfação quanto à qualidade de vida foi considerado razoavelmente bom pelos participantes. Os domínios que evidenciaram resultados mais comprometidos e apontaram prejuízos na qualidade de vida foram: preocupações financeiras, preocupações com a saúde, função sexual e preocupações com o sigilo. Neste último, podem estar refletidos os processos de estigma e discriminação, associados às dificuldades na revelação diagnóstica e de uma vida sexual tranquila. Os autores concluíram que esses resultados decorreram da situação socioeconômica precária com escassos recursos financeiros, sem apoio e sem trabalho dos participantes, já que a população estudada tinha nível socioeconômico baixo e, provavelmente, menor acesso à informação acerca de métodos de prevenção e de assistência à saúde, o que pode propiciar diagnóstico tardio e pior qualidade de vida.

Reis et al. (2011a, 2011b) avaliaram a QV de PVHA em dois serviços públicos de saúde especializados de um município paulista por meio do HAT-QoL. Dos 228 participantes, em atendimento ambulatorial, 122 eram homens e 106 mulheres, com idade média de 39 anos, sendo que Reis et al. (2011a) compararam QV com níveis de sintomas de depressão. Detectaram-se 63 (27,6%) indivíduos com sintomas de depressão (leve, moderada e grave) e aqueles com maior intensidade desses sintomas apresentaram pior QV, exceto nos domínios preocupação com o sigilo e confiança no médico. Em outro estudo, Reis et al. (2011 b), identificaram que a QV de PVHA apresentou relação com diferentes variáveis socioeconômicas, educacionais e de sexualidade e que vários domínios da QV mostraram-se prejudicados, sendo observadas menores médias nos domínios preocupação com sigilo,

preocupação financeira e com a saúde. Confiança no médico, questões relativas à medicação, atividade geral, satisfação com a vida, conscientização sobre o HIV e atividade sexual apresentaram as maiores médias.

O estudo realizado por Gaspar et al. (2011) objetivou avaliar a QV de 106 mulheres com HIV/aids, usuárias do sistema público de saúde, utilizando o WHOQOL-HIV Bref e sua associação com variáveis sociodemográficas. Dentre os domínios da QV, espiritualidade obteve maior escore, seguido pelos domínios físico, psicológico e das relações sociais, enquanto que as médias mais baixas recaíram no domínio meio ambiente e nível de independência. Identificou-se que baixos níveis socioeconômicos e educacionais tiveram associação estatisticamente significativa com diferentes domínios da QV, indicando a relação entre percepção desfavorável da QV e condições precárias de vida. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os escores de QV e o uso de antirretrovirais. No que tange à condição clínica de infecção pelo HIV observaram-se diferenças apenas no domínio físico, evidenciando-se que mulheres com aids/sintomáticas relataram pior QV que as assintomáticas. Concluiu-se que persistem os desafios no âmbito das relações sociais, afetivas e financeiras de mulheres com HIV/aids.

O objetivo do estudo conduzido por Santos et al. (2007) foi analisar os escores de QV de PVHA de um serviço ambulatorial especializado de uma universidade, localizado no Município de São Paulo. Participaram 365 pessoas, avaliadas por meio do WHOQOL-Bref. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos escores dos domínios de QV e as variáveis raça, tempo de diagnóstico, sexo, renda, escolaridade e nível de células T CD4+. Pessoas brancas e com sorologia conhecida entre dois a cinco anos obtiveram escores mais altos que pessoas pretas, pardas e com tempo de diagnóstico menor que dois anos no que se refere ao domínio meio ambiente. Renda mais alta foi significativa na obtenção de maior escore em todos os domínios de QV, exceto em relações sociais. Os indivíduos com número inferior a 200 células T CD4/mm<sup>3</sup> de sangue apresentaram escores mais baixos no domínio físico. Foram encontradas diferenças significativas no domínio físico e do meio ambiente com escores menores para os participantes com escolaridade baixa do que para aqueles com ensino superior. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os domínios de qualidade de vida e o uso atual de ARV, idade, situação conjugal e via de transmissão do HIV. No geral, os pacientes apresentaram boa percepção da QV nos domínios físico e psicológico, mas dificuldades no domínio de relações sociais e meio ambiente, o que pode refletir processos de estigma e discriminação associados às dificuldades na revelação diagnóstica em espaços sociais.

Ferreira et al. (2012) analisaram a QV de pacientes HIV/aids em acompanhamento ambulatorial correlacionando-a com dados clínicos e laboratoriais. Participaram do estudo 205 pacientes, os quais responderam ao questionário WHOQOL-HIV. Os seis domínios avaliados atingiram bons escores médios, sendo que o mais alto foi o psicológico, seguido de relações sociais, domínio físico, nível de independência, crenças pessoais e meio ambiente. Os pacientes com melhor condição do sistema imunológico (expresso a partir de níveis de células CD4  $\geq$  500/mm<sup>3</sup>) e que ainda não

faziam uso de medicamentos ARV apresentaram escores mais altos no domínio nível de independência. Pacientes com menor escolaridade, maior tempo de infecção e mais velhos tiveram as piores médias de QV. As pessoas que trabalhavam e que relataram melhor renda apresentaram os melhores escores nos domínios, com exceção do domínio aspectos espirituais/religião/crenças pessoais.

Reconhecendo-se que inúmeros fatores contribuem para a construção da percepção de QV nos indivíduos, verifica-se um crescente interesse nas implicações da religiosidade/espiritualidade no processo saúde-doença, bem como um componente da QV tanto em pessoas com estados de saúde críticos, como na população geral considerada saudável (Calvetti et al., 2008; Medeiros & Saldanha, 2012).

Esta se constitui em um fator importante na percepção de QV de pacientes que enfrentam doenças crônicas, porém, ainda tem sido negligenciada em grande parte dos estudos em pacientes com HIV/aids. Enquanto que inúmeras pesquisas têm avaliado a qualidade de vida nesta população, poucos têm examinado o papel desempenhado pela religião/espiritualidade na qualidade de vida de PVHA (Calvetti et al., 2008; Maia, 2006; Medeiros & Saldanha, 2012; Tsevat, 2006).

O estudo de Medeiros e Saldanha (2012) investigou a relação entre religiosidade e QV em pessoas com o vírus da imunodeficiência humana. Participaram do estudo 90 pacientes soropositivos de um hospital de referência em João Pessoa, no estado da Paraíba. Foram utilizados os instrumentos da WHOQOL-Bref, quatro questões sobre religiosidade do WHOQOL-100 e um questionário sobre atitude religiosa. Os autores observaram uma correlação positiva entre o domínio religiosidade/espiritualidade e crenças pessoais e a avaliação de qualidade de vida geral e os domínios psicológico, social e ambiental. Contudo, não foi identificada relação entre atitude religiosa e os domínios de QV, exceto com o domínio religiosidade/espiritualidade e crenças pessoais.

Embora estudos como o de Medeiros e Saldanha (2012) tenham demonstrado que há relação entre religiosidade e a QV de PVHA, o papel da religiosidade e do enfrentamento (*coping*) religioso na QV desta população ainda é pouco conhecido. Apesar disto, estudos recentes sublinham que pessoas soropositivas usam sua religiosidade/espiritualidade para lidar com estressores associados ao HIV (Dalmida et al., 2015).

### **Religiosidade e *Coping*: Implicações para o Processo Saúde-Doença**

Profissionais e pesquisadores do âmbito da saúde têm reconhecido cada vez mais a importância da dimensão religiosa para a saúde, o que pode ser evidenciado pelo crescente número de estudos científicos que abordam as relações entre estas duas variáveis. Existem, inclusive, evidências empíricas que demonstram associações significativas entre variáveis religiosas/espirituais/religiosidade e medidas de saúde (tanto física quanto mental), qualidade de vida e outros construtos relacionados ao bem-estar (Brito, 2010; Weber & Pargament, 2014).

Grande parte da literatura que investiga as conexões entre religião e saúde mental tem acessado a religiosidade por meio de índices ou medidas genéricas ou globais de comportamentos

religiosos usados como variáveis únicas, ou perfazendo índices compostos de duas ou três dessas variáveis, tais como: frequência de comparecimento às instituições religiosas, de atividade religiosa privada (como oração e leitura de escrituras sagradas), autoavaliação da importância da religião e afiliação religiosa.

Embora estudos tenham demonstrado, por exemplo, que ser afiliado a uma religião *versus* uma não afiliação – e ter uma frequência maior de comparecimento a locais de cultos religiosos ou de práticas de oração – estejam associados a possíveis efeitos positivos nos resultados de saúde mental ou a um decréscimo na probabilidade de desenvolvimento de transtornos psicológicos, outros têm apresentado resultados ambíguos e correlações muito pequenas ou não significantes entre tais medidas de religião e saúde mental (Nooney & Woodrum, 2002; Pargament, Tarakeshwar, Ellison, & Wuff, 2001; Tarakeshwar & Pargament, 2001).

O fato é que esses estudos que avaliam a religião mediante indicadores genéricos têm deixado uma questão não respondida: o que nas práticas religiosas faz a diferença? Dito de outra forma, esses indicadores não especificam o que na religião pode ser responsável por sua ligação ao funcionamento psicológico, social e físico. Dessa forma, os mecanismos por meio dos quais religião/espiritualidade pode afetar a saúde ainda não estão bem esclarecidos considerando resultados das pesquisas que utilizam esses métodos de avaliação.

Essa lacuna interpretativa levou pesquisadores a considerarem uma variedade de fatores explicativos que podem contribuir para a conexão entre religiosidade e saúde. Esses incluem variáveis de saúde como práticas de saúde; variáveis fisiológicas como resposta imunológica; sociais como suporte social e intimidade com os outros; e variáveis psicológicas como otimismo e autoestima. Contudo, esforços para demonstrar que esses fatores físicos, sociais e psicológicos medeiam esta conexão têm produzido resultados confusos (Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2004) e as razões ou causas para esta associação não estão claras (Miller & Thoresen, 2003). Dessa forma, apesar de vários mecanismos psicológicos e sociais terem sido sugeridos para a elucidação da relação saúde-religião, a evidência empírica não tem oferecido apoio para essas explicações.

Uma explicação mais simples e parcimoniosa para esta associação é que a religião tem efeitos diretos na saúde (Hill & Pargament, 2003). Nesta perspectiva, Pargament (1997) considera que diante de eventos estressantes da vida, a religiosidade de um indivíduo pode traduzir-se em práticas e crenças religiosas específicas, que são por sua vez diretamente relacionadas à saúde e bem estar. Estes mecanismos religiosos específicos são denominados de *coping* religioso e se referem ao processo pelo qual as pessoas, por meio de sua religião tentam entender e/ou lidar com exigências pessoais ou situacionais em suas vidas (Pargament, 1997). *Coping* religioso, portanto, descreve o uso da fé/espiritualidade e de crenças religiosas para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas das circunstâncias de vida percebidas como estressantes (Koenig, Pargament, & Nielsen, 1998).



As contribuições de Pargament (1997) foram adotadas como referencial teórico condutor da investigação da presente pesquisa devido ao seu reconhecimento nacional e internacional ao estudar as manifestações específicas do fenômeno religioso diante de situações de estresse. Ou seja, o *coping* religioso, a partir do modelo transacional do estresse proposto por Lazarus e Folkman (1984), que considera que o indivíduo desempenha um papel ativo na interpretação e na reação aos estressores. Estes autores mantêm uma perspectiva de compreensão de estresse relacional e consideram que seu conceito deve enfatizar a interação entre a pessoa e seu ambiente. Partindo dessa premissa, definem estresse psicológico como a relação entre a pessoa e o contexto ambiental que é percebido como insuportável ou excedendo seus recursos pessoais e ameaçando seu bem estar, no qual o fator diferencial é a forma com que as pessoas mobilizam esforços e adotam recursos de enfrentamento para manejá-lo, processo designado de *coping*. Em geral, os eventos não são estressantes *per se*. Assim, o que vai determinar essa condição e fazer diferença no modo como esses eventos são percebidos e como as pessoas lidam com os mesmos é a maneira pela qual o estresse é manejado, processo designado de *coping*. Em uma perspectiva teórica que valoriza a relação pessoa-ambiente, *coping* é um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas internas ou externas que surgem em situações de estresse, ou seja, para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes (Lazarus & Folkman, 1984).

Pargament (1990, 1997) desenvolveu uma teoria que sugere um processo por meio do qual a religião se torna envolvida no processo de *coping*. De acordo com esse pesquisador, a religião tem um papel bidirecional no processo de *coping*. Primeiro, ela pode contribuir para o processo de *coping* na medida em que pode ser parte de cada um dos elementos do processo de *coping* (avaliação, atividades, propósitos e resultados de *coping*). Por exemplo, os eventos estressantes podem ser avaliados como uma lição para adquirir conhecimento, oportunidades espirituais que oferecem benefícios ou recompensas de Deus, bem como punição, inabilidade de Deus para intervir no problema, falta do amor de Deus ou parte do plano misterioso de Deus. Segundo, ela pode ser produto do *coping*, moldado por outros elementos do processo, já que resultados de pesquisa mostram que aumentos na fé são relatados após períodos de estresse.

As funções das estratégias de *coping* religioso, segundo Pargament (1997), vão ao encontro dos cinco objetivos principais, por ele considerados, da religião: (a) busca de significado, uma vez que diante do sofrimento e experiências de vida frustrantes, a religião oferece estrutura para a compreensão e interpretação; (b) controle, visto que a religião pode oferecer muitos caminhos para atingir e alcançar um senso de maestria e domínio para os indivíduos confrontados com eventos que os empurram para além dos seus próprios recursos; (c) conforto espiritual: a espiritualidade ou o desejo de se conectar com uma força que vai além do indivíduo é a função mais básica da religião na medida em que pode contribuir para reduzir a apreensão do indivíduo sobre a vida em um mundo no qual catástrofes podem emergir a qualquer momento; (d) intimidade com Deus e com outros membros da sociedade: sociólogos têm enfatizado o papel da religião no sentido de facilitar a coesão social, pois religião é

considerada um mecanismo para promover a solidariedade e a identidade social; e (e) transformação da vida: embora tradicionalmente vista como tendo natureza conservacionista ajudando as pessoas a manter o significado, controle, conforto, intimidade e proximidade com Deus, a religião também pode ajudar as pessoas a fazer transformações da vida ao desistir de antigos valores e encontrar novas fontes de significado (Pargament, 1997). Tarakwshwar e Pargament (citado por Panzini & Bandeira, 2005) acrescentam, ainda, a busca de bem-estar físico, psicológico e emocional.

Estudos têm identificado uma variedade de estratégias de *coping* religioso (Pargament et al., 1990; Pargament et al., 1988; Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998b) que não são meramente defensivas, mas abrangem estratégias ativas, passivas e interativas e incluem tanto aquelas atividades focadas no problema quanto na emoção (Pargament & Park, 1995; Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2004). Estas estratégias de *coping* religioso abarcam tanto comportamento religioso público associadas com o controle e integração social – como participação em cultos religiosos – quanto práticas privadas relacionadas com a construção de uma relação com um ser divino espiritual, como a oração (Gall, & Guirguis-Younger, 2013; Nooney & Woodrum, 2002).

As estratégias de *coping* religioso são multidimensionais e abrangem domínios cognitivos (ex. crenças religiosas), comportamentais (ex. rituais), interpessoais (ex. envolvimento congregacional) e espirituais (ex. senso de conectividade espiritual). Eles incluem buscar um suporte espiritual de líderes religiosos, participar de rituais religiosos, buscar o conforto de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, suplicar por uma intervenção divina, distração religiosa e conversão religiosa.

Pesquisas indicam que as estratégias de *coping* religioso medeiam a relação entre estresse e saúde física e psicológica para uma ampla variedade de estressores (Koenig, Larson & Larson, 2001; Pargament et al., 1988; Pargament et al., 2001). Seus índices têm sido associados a uma variedade de resultados importantes, incluindo saúde mental, física, crescimento relacionado ao estresse, crescimento espiritual e taxas de mortalidade. Estes resultados continuam a ser significativos depois de controlar os efeitos de variáveis sociodemográficas, medidas religiosas globais e medidas de enfrentamento não religiosas (Pargament, Koenig, & Perez, 2000). Assim, essas estratégias parecem ter uma implicação mais direta e próxima na saúde e no bem-estar do indivíduo em tempos de estresse, em contraste com as medidas globais de religiosidade que são preditores relativamente fracos de saúde (Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, 1997; Pargament et al., 2004; Pargament et al., 2001).

Estudos têm identificado que estratégias de *coping* religioso são melhores preditores de resultados de experiências estressantes e eventos críticos se comparadas a efeitos do *coping* não religioso (Pargament et al., 1992; Pargament et al., 1998a; Pargament et al., 1988; Pargament et al., 1994; Tix & Frazier, 1998) e das medidas religiosas globais (ex. frequência de orações, frequência de comparecimento à igreja, autoavaliação da importância religiosa, motivação religiosa intrínseca e afiliação religiosa). Inclusive acrescentam variância única à predição destes resultados, incluindo os de saúde e bem estar (Hathaway & Pargament, 1990; Pargament et al., 1992; Pargament et al., 1994;

Pargament et al., 2001; Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998b; Pargament et al., 2004; Nooney & Woodrum, 2002).

Pesquisas têm relatado relações significativas entre medidas de *coping* religioso e índices de bem-estar, saúde espiritual, psicológica e física. Por exemplo, no estudo realizado por Nooney e Woodrum (2002), medidas genéricas de religiosidade, tais como frequência de comparecimento à igreja e práticas de oração, não apresentaram associação significativa com depressão. De fato, conforme relatado na literatura, a relação entre medidas religiosas genéricas e de saúde mental é relativamente fraca. Porém, quando medidas de suporte social e *coping* religioso foram inseridas nas análises, observou-se que as mesmas afetaram os escores de depressão, mas esses efeitos foram indiretos. Os relacionamentos foram de notável magnitude tanto entre medidas genéricas e indicadores de mecanismos religiosos (*coping* religioso e suporte social) quanto entre esses e sintomas depressivos.

Tix e Frazier (1998) conduziram um estudo longitudinal com pacientes e pessoas significativas que estiveram próximas a eles durante experiência de transplante renal, no intuito de examinar os efeitos do *coping* religioso no ajustamento. As análises identificaram que o *coping* religioso esteve associado a melhor ajustamento psicossocial dos indivíduos aos 3 e 12 meses após a cirurgia, quando os efeitos das variáveis demográficas foram controlados e as contribuições de outras variáveis como reestruturação cognitiva, suporte social e controle percebido foram considerados. Esses dados sugerem que o *coping* religioso adicionou um componente único à predição do ajustamento a eventos estressantes da vida, que não podem ser contabilizados por outros preditores analisados no estudo.

Cabe destacar que, no entanto, que estratégias de *coping* podem ser tanto inefetivas quanto efetivas no tange à adaptação. Medidas de *coping* religioso geralmente têm focado na dimensão positiva, porém é importante ressaltar que não são uniformemente efetivos tornando-se crucial considerar formas potencialmente disfuncionais de *coping* religioso (Lee, Nezu & Nezu, 2014; Pargament, 1997; Pargament et al., 1998a).

As estratégias de *coping* religioso podem ser classificadas em positivas e negativas no que tange aos efeitos sobre as pessoas que as utilizam. Exemplos destas podem ser visualizados na Figura 1. De acordo com Pargament et al. (1998b) o padrão de *coping* religioso positivo é expressão de um relacionamento seguro com Deus, de uma crença de que existe um sentido maior a ser encontrado na vida e de um senso de conectividade espiritual com os outros. Seus métodos abrangem estratégias que proporcionam efeito benéfico ao indivíduo como buscar apoio/suporte espiritual (Ex: “olhei para o apoio, força e orientação divina”); resolver problemas em colaboração com Deus (Ex: “trabalhamos junto com Deus como parceiros”), redefinir o estressor de forma benevolente (Ex: “Deus pode estar tentando me fortalecer com essa situação”), buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, perdoar e ser perdoado, orar/rezar pelo bem-estar dos outros, buscar ajuda do clero e de membros da instituição religiosa, entre outros.

<b>Métodos Positivos</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplos ilustrativos</b>
Reavaliação religiosa benevolente	Redefinir o estressor por meio da religião como benevolente e potencialmente benéfico	Tentei encontrar uma lição de Deus para esse evento
<i>Coping</i> religioso colaborativo	Buscar controlar e resolver problemas em parceria com Deus	Trabalhei em conjunto com Deus, como parceiros
Buscar apoio espiritual	Procurar por conforto e segurança por meio do amor e do cuidado com Deus	Procurei amor e cuidado de Deus
Ajuda por meio da religião	Tentativa de prover conforto e suporte espiritual a outros.	Tentei dar força espiritual aos outros
Perdão religioso	Buscar ajuda na religião para mudar os sentimentos de raiva, mágoa e medo associados a uma ofensa para a paz.	Pedi para Deus me ajudar a superar minha amargura
Procura de apoio de líderes/ membros da instituição religiosa	Procura por conforto e restabelecimento da confiança através de líderes e frequentadores da instituição religiosa.	Pedi aos outros que orassem por mim
Conexão espiritual	Experienciar um senso de conectividade com forças transcendentais	Pensei sobre como minha vida é parte de uma força espiritual maior
Purificação religiosa	Procura por uma purificação através de ações religiosas	Confessei meus pecados
Direção religiosa	Voltar-se para a religião para obter ajuda na procura por um novo rumo para a vida quando o anterior pode não mais ser viável	Orei para encontrar uma nova razão para viver
Conversão religiosa	Procurar a religião para uma mudança radical na vida	Procurei por um total despertar espiritual
Distração religiosa	Engajar-se em atividades religiosas para deslocar o foco do estressor	Foquei na religião para parar de preocupar sobre meus problemas
<b>Métodos negativos</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplos ilustrativos</b>
Descontentamento espiritual	Expressão de confusão e descontentamento com Deus	Questionei o amor de Deus por mim
Descontentamento religioso interpessoal	Expressão de confusão e descontentamento com membros e frequentadores da instituição religiosa.	Perguntei se minha igreja me abandonou.
<i>Coping</i> religioso autodiretivo	Estratégia de procura de controle direto por iniciativa individual, mais do que por ajuda de Deus.	Tentei lidar com meus sentimentos sem a ajuda de Deus.
<i>Coping</i> religioso delegante	Esperar passivamente que Deus resolva os problemas	Não fiz muito, apenas esperei Deus resolver meus problemas por mim
Reavaliação de Deus como punitivo	Redefinir o estressor como punição divina pelos pecados individuais	Questionei o que eu fiz para que Deus me punisse.
Reavaliação demoníaca ou malévola	Redefinir o estressor como fenômenos do mal ou atos do demônio.	Acreditei que o demônio fosse o responsável por minha situação.
Reavaliação dos poderes de Deus	Redefinir os poderes de Deus para influenciar a situação estressante.	Pensei que algumas coisas estão fora do poder de Deus.
Intervenção divina	Súplica por intervenção divina direta.	Supliquei a Deus para fazer as coisas ficarem bem
Delimitação de limites religiosos	Demarcar claramente comportamentos religiosos aceitáveis e não aceitáveis e permanecer dentro dos limites religiosos	Evitei conselhos que eram inconsistentes com minha fé

Nota. Adaptado de Pargament, Smith, Koenig e Perez (1998); Pargament, Tarakeshwar, Ellison e Wulff (2001); Pargament, Koenig, Tarakeshwar e Hahn (2004).

### Figura 1

#### Estratégias ou Métodos Ilustrativos de *Coping* Religioso

Em contraste, o padrão negativo reflete uma relação menos segura com Deus, senso de desconectividade com a comunidade religiosa, uma visão de mundo tênue e ameaçadora e um esforço religioso para encontrar e conservar o significado da vida. Os métodos de *coping* religioso negativo envolvem, por sua vez, estratégias que geram consequências prejudiciais ao indivíduo e sugerem a presença de estresse emocional como questionar a existência, amor e atos de Deus (descontentamento religioso), presença de conflitos interpessoais com membros do grupo religioso, duvidar dos poderes de Deus para interferir na situação estressora, delegar a Deus a resolução dos problemas, redefinir o estressor como punição divina (Ex: “Deus estava me punindo por meus pecados”) ou forças do mal e súplica por uma intercessão direta, por exemplo (Pargament et al., 1998b).

Tais estratégias de *coping* religioso têm sido associadas a diferentes implicações para o ajustamento a eventos críticos da vida. Enquanto as positivas apresentam correlação com melhor saúde física e mental, melhor QV, crescimento psicológico e espiritual e menores níveis de estresse e sintomas psiquiátricos como resultado do manejo da condição estressora, as negativas associam-se positivamente a depressão, pior QV percebida e saúde psicológica e/ou física, além de maior nível de estresse (Koenig et al., 1998; Pargament et al., 1998a; Pargament et al., 2001; Pargament et al., 1990). Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias positivas do que negativas para diferentes amostras em diferentes situações estressantes de vida (Pargament et al., 1998a).

Em um estudo com estudantes universitários que lidam com a Guerra do Golfo Pérsico, Pargament et al. (1994) identificaram que algumas estratégias de enfrentamento religioso, como busca de apoio religioso, foram associadas a afeto positivo, enquanto outras, como descontentamento religioso, foram associadas a afeto negativo. Diante desses achados, cabe ressaltar que embora vários estudos sugiram que a religião possa se constituir em variável positiva para o bem estar físico e mental, há indícios que também podem contribuir para uma pior saúde física, psicológica e espiritual. Dessa forma, a religiosidade pode representar tanto uma estratégia de *coping* adaptativa, que auxilia na resolução de problemas, quanto um elemento estressor que pode exacerbar problemas e tornar as coisas piores (Pargament et al., 1998b; Pargament et al., 2001).

O estudo de Pargament et al. (2004) visou identificar os métodos de *coping* religioso específicos que foram associados a mudanças no estatus de saúde física e mental, ao longo de um período de dois anos em uma amostra de pacientes hospitalizados, com 55 anos ou mais. Os autores avaliaram depressão, QV, crescimento relacionado ao estresse, funcionamento cognitivo e físico, bem como severidade da doença. Nesse estudo, após controlar as variáveis relevantes, o *coping* religioso foi identificado como preditor de resultados de condições de saúde e mudanças na saúde física e

mental. No geral, o *coping* religioso positivo foi associado a melhorias na saúde e apresentaram-se como preditores de crescimento relacionado ao estresse, resultados espirituais positivos e melhoras no funcionamento cognitivo e físico. As negativas – reavaliação punitiva, reavaliação do poder de Deus e descontentamento espiritual –, por sua vez, foram preditores de declínio na QV, aumento em escores de depressão e na independência para realizar tarefas da vida diária.

Dessa forma, na direção oposta ao que foi preconizado por teóricos como Freud e Marx, a religião não se constitui apenas em uma estratégia de esquiva, defesa ou negação da realidade, mas pode estar inserida no processo de resolução de problemas e no enfrentamento de situações estressantes e de crise, já que crenças e práticas religiosas podem nortear o indivíduo na seleção de possíveis soluções e atribuição de significados a eventos críticos da vida (Pargament & Park, 1995; Pargament et al., 1988; Pargament et al., 1992). Nesse processo de *coping*, Pargament, conforme citado por Faria e Seidl (2005), afirma que o indivíduo é um agente proativo que lança mão de possibilidades e escolhas, porém, norteador-se por um sistema de valores e de crenças *a priori*, nos quais a religião pode estar presente.

Um corpo teórico e de pesquisa pontua a importância do processo de resolução de problemas no esforço das pessoas lidarem com eventos em suas vidas e que a religião pode desempenhar um papel significativo, mediante o oferecimento de apoio, fé e orientação. Mais especificamente, a religião representa um elemento potencialmente significativo em muitas fases, se não em todas, do processo de resolução de problemas. Por exemplo, pode influenciar como se compreende o significado de muitos problemas; similarmente, crenças e práticas podem guiar o indivíduo no processo de selecionar soluções para os problemas; pode ainda oferecer suporte emocional durante o processo de resolução de problemas (Pargament et al., 1988).

Nesse sentido, Pargament et al. (1988) examinaram empiricamente estilos de resolução de problemas que envolvem a religião. Estes se referem a padrões relativamente consistentes de resposta de *coping* às diversas situações e variam em duas dimensões subjacentes ao relacionamento do indivíduo com Deus: locus de responsabilidade e nível de atividade no processo de resolução dos problemas. Esses estilos focam em como o indivíduo se relaciona e lança mão de Deus ao lidar com eventos da vida. Sua formulação também identifica métodos de reavaliação, por meio dos quais os indivíduos redefinem os estressores via crenças religiosas. Um estressor pode ser avaliado como benevolente e potencialmente benéfico – tudo é parte do plano de Deus ou como uma punição de Deus para o pecado do indivíduo, por exemplo.

No que diz respeito ao locus de controle, Pargament et al. (1988) distinguiram três estilos de *coping* religioso: autodiretivo, delegante e colaborativo. O estilo autodiretivo (*self-directing*) enfatiza a liberdade que Deus dá para pessoas dirigirem suas vidas e considera o indivíduo ativamente responsável na resolução dos problemas. Apesar de Deus não estar envolvido diretamente neste processo, esta não é uma posição antirreligiosa, pois Deus é visualizado como dando às pessoas liberdade e recursos para dirigirem suas próprias vidas. Essa abordagem confia mais no indivíduo do

que nos recursos religiosos para resolver os problemas. O estilo delegante (*deferring*) outorga a responsabilidade na solução dos problemas a Deus de modo que o indivíduo passivamente espera que Deus resolva tudo, ao invés de ativamente resolver os problemas por eles mesmos ou esperam a solução emergir através dos esforços ativos de Deus. A partir dessa perspectiva, Deus é visualizado como a fonte de solução mais do que o indivíduo. O estilo colaborativo (*collaborative*) prevê uma corresponsabilidade entre Deus e o indivíduo na resolução dos problemas. Neste caso, o indivíduo trabalha em ativa parceria com Deus no processo de *coping* (intercâmbio pessoal ativo) com implicações positivas para a competência do indivíduo. Nem o indivíduo nem Deus são vistos como um participante passivo, mas ambos são visualizados como contribuidores ativos trabalhando juntos para resolução do problema, realizada conjuntamente.

Os autores examinaram relações entre medidas de *coping* e competência e identificaram que os três estilos têm diferentes implicações para a competência do indivíduo para lidar com estressores. Tanto o estilo colaborativo quanto o autodiretivo foram positiva e significativamente relacionados com controle pessoal e autoestima. Porém, o estilo delegante apresentou correlação negativa com controle pessoal e autoestima.

Pargament (1997) propõe a possibilidade de existência de outras abordagens religiosas em relação ao controle e à responsabilidade na solução de problemas, e identifica um quarto estilo de *coping* religioso: súplica (*pleading/petionary*), caracterizado pela tentativa de influenciar a vontade de Deus por meio de rogos e petições por sua divina intervenção (Panzini, 2004; Panzini & Bandeira, 2005).

A perspectiva teórica de Pargament apresentada neste tópico tem importantes implicações para a mensuração do *coping* religioso. Claramente, índices globais ou medidas disposicionais estáveis de religiosidade podem não capturar o caráter multidimensional, transacional e dinâmico do *coping* religioso. A reduzida fidedignidade dessas medidas, com um ou poucos itens, atenua a associação da variável religiosa/espiritual com as variáveis de saúde de interesse, resultando em tamanhos de efeito menores do que se teria observado, se a variável religiosa/espiritual tivesse sido acessada com medidas mais precisas e abrangentes, indicando a importância de instrumentos com boas características psicométricas (validade e confiabilidade) para acessá-la (Hill & Pargament, 2003; Panzini & Bandeira, 2007).

Nessa perspectiva, medidas de avaliação do *coping* religioso foram construídas: RCOPE e BriefRCOPE, descritas no próximo tópico desse trabalho.

### **Elaboração e Desenvolvimento da RCOPE: Uma Proposta de Avaliação do *Coping* Religioso**

Várias medidas têm sido utilizadas para avaliar o *coping* religioso. Uma delas busca acessá-lo usando indicadores de religiosidade global. No entanto, essa forma de avaliação deixa importantes questões não respondidas sobre os papéis funcionais da religião no processo de enfrentamento de situações estressantes. Por exemplo, o conhecimento de que um indivíduo ora, frequenta uma igreja ou

assiste um programa religioso televisivo em uma situação de crise não específica porque, quando, onde, como, ou pelo que ele ora. Portanto, medidas de *coping* religioso devem especificar de que modo o indivíduo está fazendo uso da religião para compreender e lidar com estressores, visando verificar avanços na compreensão sobre as formas e caminhos que a religião se expressa em situações críticas da vida (Pargament, Feuille & Burdzy, 2011).

Uma segunda modalidade se refere à incorporação de poucos itens que avaliam *coping* religioso a instrumentos de medidas gerais de *coping*. Porém, esse método, na melhor das hipóteses, abrange apenas alguns tipos de *coping* religioso, podendo obscurecer sua contribuição única e distinta nos resultados de saúde. Por exemplo, o item que acessa o *coping* transformacional religioso na escala *Ways of Coping Scale* (“Eu encontrei uma nova fé”) é incluído em um fator maior, a reavaliação positiva (Pargament et al., 2011).

Em ambas as abordagens a religião é geralmente conceitualizada como uma variável unidimensional e medida por poucas questões religiosas adicionadas a escalas já existentes. Essa estratégia faz com que seja difícil determinar se a religião contribui com uma dimensão única ao processo de *coping*, assim como identificar aspectos da religião que podem ser úteis ou prejudiciais. Por exemplo, vários autores encontraram que a oração é associada a um ajustamento mal adaptativo à dor crônica. Nesses estudos, oração tende a ser tratada como um construto unidimensional. Diferentes formas de oração, contudo, podem ser associadas com diferentes resultados, tanto positivos quanto negativos. Além do mais, nesse fator itens medindo oração foram combinados com itens medindo distração. Como resultado, não é claro se as associações do resultado negativo foram devido à oração, distração ou a uma combinação de ambos. Em suma, a contribuição que a religião pode trazer ao *coping* também não pode ser acessada adequadamente nessa abordagem porque o pequeno número de itens religiosos é incorporado em dimensões derivadas analiticamente de fatores mais amplos (Bush, Rye, Brant, Emery, Pargament, & Riessinger, 1999).

Uma terceira abordagem tem focado no estudo de poucos tipos de *coping* religioso mais especificamente. Por exemplo, Pargament et al. (1988) conceitualizaram e mediram três formas que as pessoas podem desenvolver o *coping* religioso: controle através de si (autodiretivo); controle através de Deus (delegante); e controle através do relacionamento com Deus (colaborativo). Pesquisa empírica pontuou a diferenciação destes três estilos de *coping* religioso e apoiou sua validade discriminante em relação a medidas de saúde e bem estar. Novamente, contudo, essa abordagem não oferece um quadro abrangente do *coping* religioso. Uma abordagem relacionada envolveu a identificação de vários tipos de atividades de *coping* religioso como implorar por um milagre ou fazer boas ações a partir do “*ground up*” por meio de entrevistas e narrativas de enfrentamento religioso. Embora esta abordagem tenha uma maior validade ecológica, pode produzir medidas que são difíceis de decifrar teórica ou funcionalmente. Também é importante notar que a maioria destes métodos de medição têm negligenciado formas potencialmente prejudiciais de enfrentamento religioso (Pargament et al., 2011).



Atualmente, além de itens ou fator incluídos em escalas de *coping* geral, o *coping* religioso tem sido acessado preferencialmente por meio de escalas específicas desse conceito. Entre estas se destacam a RCOPE, suas abreviações e suas versões brasileiras.

A RCOPE e a Brief RCOPE (elaborada a partir dessa medida maior) foram concebidas para tratar muitas das limitações associadas com as abordagens iniciais da avaliação do *coping* religioso. A elaboração da RCOPE foi destinada a fornecer aos pesquisadores uma ferramenta que poderiam usar para medir a miríade de manifestações de *coping* religioso e para ajudar os profissionais a integrar as dimensões religiosas e espirituais nas intervenções terapêuticas. A construção da RCOPE foi guiada pelos elementos da teoria de *coping* religioso de Pargament, bem como por meio de entrevistas e comentários de relatórios descritivos dessa modalidade de *coping*. A mesma representa uma abordagem diferente de avaliação religiosa, fundamentada na teoria e pesquisa sobre religião e *coping*, e não uma medida de padrões estáveis de atitudes e crenças religiosas e de medidas globais (Pargament et al., 2011).

A RCOPE foi desenhada para ser teórica e empiricamente embasada, funcionalmente orientada, abrangente, clinicamente válida e aberta aos aspectos positivos e negativos da religiosidade. Estrutura-se de acordo com a cultura religiosa norte-americana, de tradição judaico-cristã, com maioria protestante (evangélicos tradicionais) e católica, mas os autores destacam sua demonstrada aplicabilidade em populações com diferentes crenças e níveis de envolvimento religioso, e no *coping* com problemas diversos (Pargament et al., 2011).

De acordo com Pargament et al. (2011), quatro pressupostos orientaram o desenvolvimento da RCOPE. Primeiro, os itens de *coping* religioso incluídos na RCOPE foram selecionados e delineados para refletir as cinco funções da religião: sentido, controle, conforto e intimidade, transformação da vida e a busca pelo sagrado e espiritualidade em si. Por exemplo, sentido e significado em uma situação estressante podem ser buscados em várias formas religiosas: redefinição do estressor como uma oportunidade para crescimento espiritual (reavaliação religiosa benevolente), redefinição da situação como uma punição de Deus (reavaliação punitiva de Deus), redefinição da situação como ato do demônio (reavaliação demoníaca) e o questionamento do poder de Deus para afetar uma situação (reavaliação do poder de Deus). Portanto, fundamenta-se teoricamente em uma visão funcional da religião e dos papéis que ela desempenha no *coping*. Reconheceu-se também que qualquer forma de *coping* religioso pode servir a mais de um propósito. Portanto, apesar dos itens da escala RCOPE terem sido organizados conceitualmente de acordo com essas funções, os autores não esperaram que as análises necessariamente identificassem cinco fatores correspondentes às funções do *coping* religioso (Pargament et al., 2000; Pargament et al., 2011).

Segundo, a RCOPE é multimodal. Itens da escala foram selecionados de modo que incluíssem como pessoas empregam métodos de *coping* religioso cognitivamente por meio de pensamentos e atitudes para acessar uma ampla variedade de atividades de *coping* religioso (ex. “Visualizei minha situação como parte do plano de Deus”; “Pensei que o evento poderia me trazer para mais perto de

Deus”); comportamentalmente, mediante ações (ex. “Rezei por um milagre”; “Confessei meus pecados”), emocionalmente através de sentimentos específicos que eles expressam (ex “Senti que minha igreja parecia estar me rejeitando ou ignorando”; “Busquei amor e cuidado de Deus”), e relacionalmente por meio de ações que envolvem terceiros (ex. “Ofereci suporte espiritual à minha família e amigos”; “Busquei uma conexão espiritual mais forte com outras pessoas”).

Terceiro, a natureza multivalente da RCOPE é construída na premissa de que estratégias de *coping* religioso podem ser adaptativas ou mal adaptativas. Consequentemente, foram selecionados itens de *coping* religioso que refletem tanto métodos de *coping* religioso positivo – aqueles que repousam sobre uma relação segura com o que o indivíduo considere sagrado – e métodos de *coping* religioso negativo – aqueles que são reflexo de tensão, conflito e luta com o sagrado. Contudo, não se assume que os métodos de *coping* positivos são invariavelmente adaptativos ou que os negativos sejam sempre mal adaptativos, uma vez que a teoria do *coping* religioso postula que a eficácia de um método de *coping* em particular é determinada pela interação entre fatores pessoais, situacionais e socioculturais, assim como pela forma na qual saúde e bem estar são conceitualizados e medidos. Então, um método de *coping* religioso positivo que pode ser útil em uma situação ou contexto pode ser problemático em outro, como ilustrado pelo estudo de Phelps et al. (2009). Esses autores encontraram que o *coping* religioso positivo de pacientes terminais foi preditor de busca de cuidados caros e invasivos para prolongar a vida. De modo inverso, métodos de *coping* religioso negativo podem ser associados não apenas a sinais imediatos de estresse psicológico, mas também a crescimento e bem estar em longo prazo.

Como quarto aspecto, a RCOPE é uma medida empiricamente baseada, mas clinicamente válida e significativa. Alguns itens da RCOPE foram extraídos e adaptados de estudos empíricos prévios e escalas de *coping* religioso já existentes e estabelecidas. Para maximizar sua utilidade clínica, outros itens do instrumento também incorporaram estratégias de *coping* clinicamente significativos e fortemente ligados à descrição de pessoas sob estresse acerca das formas que elas usam religião como recurso de *coping*. Assim, alguns itens também foram gerados a partir da experiência clínica e de entrevistas com indivíduos que usavam seus recursos religiosos e espirituais para lidar com uma variedade de estressores da vida. Usando essa abordagem indutiva, aproximadamente cinco itens foram gerados para cada uma das 21 subescalas na qual os participantes indicam a extensão em que usavam métodos de *coping* religioso ao lidar com um evento crítico da vida usando uma escala Likert de quatro pontos Likert variando de zero (nunca) a três (sempre).

Pargament et al. (2000) foram os autores que se propuseram a desenvolver e validar uma medida que acessasse uma ampla gama de estratégias de *coping* religioso, incluindo expressões religiosas potencialmente úteis e prejudiciais e que poderiam levar a uma compreensão mais nítida do papel da religião no processo de *coping* e a uma melhor integração de questões religiosas na psicoterapia. A RCOPE foi testada em uma amostra de 540 estudantes universitários que estavam experienciando um evento significativamente negativo na vida. Os autores analisaram as

intercorrelações entre a escala e vários critérios de ajustamento ao estresse: medidas de saúde física, mental, crescimento relacionado ao estresse e resultados espirituais. Análises fatoriais da escala nesta amostra produziram fatores amplamente consistentes com a conceitualização e construção das subescalas. Análises fatoriais confirmatórias em uma grande amostra de 551 pacientes idosos hospitalizados foram moderadamente apoiadas pela estrutura fatorial inicial e resultados detalhados foram descritos em Koenig et al. (1998).

Resultados de análises de regressão demonstraram que o *coping* religioso contribuiu para a variância única em medidas de ajustamento (crescimento relacionado ao estresse, resultados religiosos, saúde física e mental e estresse emocional) após controlar os efeitos de medidas sociodemográficas e de religiosidade global. Melhor ajustamento foi relacionado a uma variedade de métodos de *coping* como reavaliação religiosa benevolente, perdão/purificação religiosa e busca de suporte religioso. Pior saúde física e mental foi associada com reavaliação do poder de Deus, descontentamento espiritual e reavaliação de Deus como punitivo. No geral, aspectos positivos de *coping* religioso foram usados mais frequentemente do que os negativos.

A RCOPE mostrou ser aplicável a populações com diferentes níveis de religiosidade, com diferentes problemas, e em diferentes momentos da vida adulta. Pelo fato das subescalas serem detalhadas e compreensíveis é possível apontar dimensões específicas da religiosidade com maiores implicações para o ajustamento. Além disso, pode ser útil para pesquisadores e clínicos interessados em uma avaliação ampla do *coping* religioso e em uma integração mais completa das dimensões religiosas no processo psicoterapêutico.

É importante ressaltar que, embora os participantes em ambas as amostras tenham feito menos uso dos métodos de CRN do que CRP, as subescalas de enfrentamento religioso negativo ainda continuaram sendo preditoras de ajustamento em uma direção negativa. Análises fatoriais validaram em grande medida a conceitualização e a construção das subescalas e forneceu evidência de consistência interna. Todas com exceção de duas subescalas da RCOPE tiveram valores do *alpha* de 0,80 ou superior, confirmando estimativas de alta confiabilidade. Neste estudo e em estudos de investigação subsequentes, a RCOPE teve um bom desempenho na previsão de ajustamento físico e psicológico para as crises da vida, quando comparado a outras medidas de religiosidade global e variáveis demográficas (Pargament et al., 2011).

Embora a RCOPE seja uma ferramenta abrangente, sua extensão com 105 itens limita sua utilização. Ela não pode ser facilmente incluída numa bateria padrão de avaliação usada em situação clínica, nem aplicada a situações de pesquisa onde o espaço para perguntas é escasso. Consequentemente, a RCOPE não tem sido amplamente usada. A necessidade de uma versão condensada da RCOPE levou ao desenvolvimento da Brief RCOPE (Pargament et al., 2011).

### **Desenvolvimento da Brief RCOPE**

A Brief RCOPE foi projetada para oferecer a pesquisadores e profissionais uma medida eficiente de *coping* religioso que mantivesse o fundamento teórico e funcional da RCOPE. Uma versão abreviada de 21 itens da RCOPE foi testada ao mesmo tempo em que a escala completa de 105 itens estava sendo desenvolvida. Análises fatoriais da escala abreviada revelaram uma solução de dois fatores que contribuiu para aproximadamente 33% da variância. Esses dois fatores claramente identificaram itens de *coping* positivo e negativo. Encorajados por esses achados, concluiu-se que uma versão mais curta da RCOPE era factível. Trabalhando com uma amostra de estudantes universitários enfrentando estressores maiores, uma análise fatorial da RCOPE, restrita a dois fatores, produziram fatores correspondentes a itens de *coping* positivo e negativo que contribuíram para 38% da variância. O achado de que muitos dos itens da RCOPE completa poderiam ser claramente categorizados tanto como positivos ou negativos constituiu o primeiro passo crucial em direção à criação da Brief RCOPE. Um subconjunto de itens selecionados de ambos os fatores foram usados para recriar as escalas de *coping* positivo e negativo. Critérios para a seleção desses itens incluíram carga fatorial alta, representação de uma variedade de métodos de *coping* e a necessidade por economia na medição. Esse processo produziu a Brief RCOPE dividida em duas subescalas, cada uma composta de 7 itens que identificam padrões de métodos de *coping* religioso positivo e negativo (Pargament et al., 2011). Análises fatoriais confirmatórias da Brief RCOPE foram conduzidas em uma amostra de pacientes hospitalizados e de estudantes universitários no estudo de Pargament et al. (1998b).

O estudo de Pargament et al. (2011) pesquisou nas bases de dados da PubMed e PsychINFO por artigos publicados entre janeiro de 2005 e junho de 2010 contendo as palavras “*religious coping*”. Trinta artigos relatando dados sobre as subescalas positivas e negativas da Brief RCOPE de 14 itens foram selecionados para revisão. Esse corpo de pesquisa analisado pelos autores sugere que Brief RCOPE é uma medida de *coping* religioso válida e confiável. Ambas as escalas de CRP e CRN demonstraram boa consistência interna em uma variedade de amostra, inclusive com pacientes soropositivos para o HIV. A média dos valores do *alpha* para as escalas de *coping* religioso positivo (CRP) foi igual a 0,92. *Alphas* das escalas de *coping* religioso negativo (CRN) relatadas nos estudos foram geralmente mais baixos do que os das escalas de CRP, e apresentou média 0,81. Dados da maioria dos estudos revisados no artigo sugeriram um relacionamento ortogonal entre CRP e CRN de modo que associações não significativas foram encontradas em uma variedade de populações.

A Brief RCOPE demonstrou boa validade concorrente na medida em que estudos têm, de modo geral, encontrado que o CRP têm sido positiva e significativamente correlacionado a construtos do bem estar e ocasionalmente relacionado com indicadores de mal funcionamento (ex. ansiedade, depressão, dor). Por outro lado, quando associações com construtos negativos são significativas elas tendem a ser negativas. CRN geralmente se comporta de maneira oposta: é consistentemente ligado a indicadores de pior funcionamento e a sinais de saúde física e mental mais pobre, tais como ansiedade, depressão, sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, afeto negativo e dor. Eventualmente ele

é associado com construtos representando bem estar, contudo, quando tal correlação é significativa, ela é usualmente negativa. Apenas dois estudos examinando a validade preditiva da Brief RCOPE foram encontrados.

Esses oferecem suporte inicial para a capacidade do CRP e CRN para prever maior bem estar e ajustamento mais pobre, respectivamente, ao longo do tempo para além dos efeitos de variáveis demográficas, psicológicas, sociais e relacionadas à saúde. Estes estudos sugerem que o CRN unicamente prediz resultados mesmo quando variáveis demográficas, religiosas e psicossociais são controladas.

### **Validação e tradução da RCOPE para o português**

Esforços no desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação de *coping* religioso têm sido realizados internacionalmente, como visto em Pargament et al. (2000) construiu este que tem se mostrado relevante em pesquisas relacionando religião/espiritualidade com saúde e qualidade de vida.

Diante da relevância apresentada pela variável *coping* religioso e do fato de que não existia instrumentos validados no Brasil para avaliação do mesmo, Panzini (2004) a partir de autorização dos autores (Pargament et al., 2000), realizou a tradução, adaptação e validação de construto, critério e conteúdo da RCOPE, gerando a Escala CRE (Panzini & Bandeira, 2005), primeira publicação nacional de avaliação de *coping* religioso/espiritual (CRE). Além disso, investigaram a relação entre CRE, saúde e qualidade de vida.

O objetivo do artigo de Panzini e Bandeira (2005) foi expor parte desta pesquisa, referente à elaboração e validação de construto da Escala CRE. A fase 1 foi composta da tradução da escala RCOPE por especialistas, adaptação da escala traduzida à realidade cultural-religiosa brasileira e teste piloto. A adaptação foi realizada por meio da análise de entrevistas semiabertas com líderes de diversas religiões visando averiguar e receber sugestões quanto à tradução da escala, identificar estratégias de CRE ainda não contempladas e testar a compreensão dos termos religiosos generalizados. Como resultado, em relação à RCOPE original, 28 itens foram modificados, 42 foram descartados e 33 foram acrescentados resultando numa escala com 96 itens. Devido às várias modificações sofridas, esta foi renomeada para Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE). O teste piloto foi realizado em amostra de 25 universitários e 25 estudantes do ensino médio. Os principais resultados obtidos foram: um bom nível de fidedignidade ( $\alpha=0,96$ ); (2) a retirada de seis itens que não demonstraram correlação significativa, nem com os itens de CRE positivo (CREP) nem com os de CRE negativo (CREN); a inclusão de dois itens CREN, retirados da *Red Flags Religion Coping Scale* (Pargament et al., 1998), buscando maior equilíbrio na proporção entre itens positivos e negativos de CRE; e, (4) uma versão da Escala CRE de 92 itens.

A fase 2 constituiu-se do teste de campo e validação da Escala CRE, pesquisando uma amostra final de 616 participantes residentes no estado do Rio Grande do Sul (RS). Os participantes eram

frequentadores de instituições religiosas de diversos matizes ou de grupos religiosos/espirituais não institucionalizados; estudantes ou funcionários de universidades; pacientes, familiares, visitantes ou funcionários de clínicas para tratamento de saúde e usuários da Internet (estudantes ou pós-graduados de universidades do RS contatados através de webmail).

A solução para o conjunto total de itens foi de 15 fatores, explicando 59,8% da variância. A análise fatorial induzida em dois fatores demonstrou empiricamente a diferenciação das duas dimensões do CRE e que estas sustentaram razoavelmente a estrutura teórica da escala. A dimensão de  *coping*  religioso-espiritual positivo da escala CRE ficou com 66 itens distribuídos em oito fatores, deixando a escala CRE com um conjunto de 87 itens.

Na análise fatorial exploratória da dimensão de CRE negativo (21 itens) da escala, elegeu-se a solução de quatro fatores como mais adequada para representar a dimensão negativa. No geral, a escala apresentou ótimo nível de consistência interna, sendo que a dimensão CREP (0,98) em sua maioria teve melhor desempenho que a dimensão CREN (0,86) quanto à precisão. Os conjuntos de itens da Escala CRE apresentaram excelentes níveis de fidedignidade. Confirmando o bom desempenho psicométrico da escala, os dois fatores apresentaram conjuntos de itens com cargas fatoriais satisfatórias.

As diversas técnicas empregadas demonstraram e reafirmaram a validade e fidedignidade da Escala CRE e a viabilidade de sua utilização a partir dos parâmetros psicométricos definidos e investigados.

### **Validação e Tradução da Brief RCOPE para o Português**

A escala  *Brief RCOPE*  de Pargament et al. (2000), teve a adaptação para o português e validação para pessoas vivendo com HIV/aids realizada por Faria e Seidl (2006), sendo denominada Escala CRE-Breve (Escala Breve de Enfrentamento Religioso). Foi feita a tradução reversa do instrumento, com três tradutores com formação em psicologia, e procedeu-se à adaptação semântica dos itens. Em seguida, um teste piloto em 12 pessoas da comunidade em geral e 10 pacientes com características semelhantes a da amostra foi conduzido. A análise da estrutura fatorial da Escala Breve de Enfrentamento Religioso foi realizada em relação à amostra de pessoas soropositivas. Essa análise foi precedida da tradução e adaptação do  *BriefRCOPE*  para a língua portuguesa. A amostra foi composta de pessoas soropositivas (N=110), residentes no Distrito Federal, adultas e de ambos os sexos. O enfrentamento religioso positivo apresentou 27,6% de variância explicada e  *alpha*  igual a 0,87. No enfrentamento religioso negativo, a variância explicada encontrada foi igual a 15,45%, com  *alpha*  de 0,71. Os resultados indicaram, portanto, sua estabilidade e adequação como instrumento psicométrico para mensurar o enfrentamento religioso em amostra de pessoas soropositivas.

### **Coping Religioso de Pessoas Vivendo com HIV/aids**

Estudos apontam que pessoas soropositivas muitas vezes incorporam a dimensão religiosa e/ou

espiritual no processo de *coping*, ressaltando a importância das crenças religiosas como recurso multidimensional de enfrentamento a estressores relacionados ao viver com HIV/aids (Calvetti et al., 2008; Carvalho et al., 2007; Cotton et al., 2006; Mellagi, 2009; Pargament et al., 2004; Seidl et al., 2005; Tsevat, 2006; Trevino et al., 2010).

Resultados de pesquisas indicaram que pessoas soropositivas frequentemente utilizam estratégias de *coping* religioso para encontrar um senso de significado/propósito na vida, um significado espiritual para a doença, lidar com o medo da morte, com sentimentos de culpa, de vergonha, ajudar a reformular a vida, obter esperança, senso de paz interior e força para gerir os desafios que vivenciam em decorrência da soropositividade (Cotton et al., 2006; Joshi & Kumari, 2009).

De acordo com resultados de vários outros estudos, o *coping* religioso é uma das modalidades de enfrentamento mais utilizadas por pacientes soropositivos (Faria & Seidl, 2006; Seidl et al., 2005; Resende et al., 2008), as quais tem sido associadas positivamente tanto com enfrentamento focalizado no problema quanto na emoção (Seidl, 2005). Estudos mostraram ainda o predomínio do padrão positivo de enfrentamento religioso nessa população, indicador de modos mais adaptativos para lidar com estressores (Cotton et al., 2006; Faria & Seidl, 2006; Mellagi, 2009).

As pesquisas atualmente disponíveis sobre relacionamento diferencial entre os padrões de *coping* religioso e ajustamento – o que inclui funcionamento físico, saúde mental e a percepção da QV de pessoas infectadas pelo HIV – têm identificado que as estratégias de *coping* religioso positivas têm sido correlacionadas nessa população com menores índices de depressão, ansiedade e estresse psicológico, maiores níveis de QV, afeto positivo, satisfação com a vida, suporte social percebido, autoestima e otimismo, bem como autoavaliação positiva da saúde e crescimento relacionado ao estresse (Cotton et al., 2006; Faria & Seidl, 2006; Joshi & Kumari, 2009; Trevino et al., 2010).

Estudiosos identificaram ainda associações entre estratégias de *coping* religioso positivo e níveis mais altos de células T CD4+ e mais baixos de carga viral plasmática em pessoas soropositivas, o que representa melhores resultados destes indicadores biológicos. Por outro lado, estratégias de *coping* religioso negativo têm sido associadas com aumento dos sintomas depressivos e redução da QV nesta população (Ironson, Stuetzle, & Fietcher, 2006; Joshi & Kumari, 2009; Trevino et al., 2010).

Um número significativo de pesquisas empíricas sugerem que a religião/espiritualidade é associada com ajustamento psicológico e um efetivo *coping* em pessoas vivendo com HIV/aids. Em estudo qualitativo realizado com 63 adultos soropositivos, Siegel e Schrimshaw (2002) observaram que os participantes relataram uma variedade de benefícios percebidos na utilização do enfrentamento religioso que incluíram o favorecimento da evocação de sentimentos de conforto; sensação de força, poder e controle; redução da carga emocional da doença; disponibilidade de suporte social e senso de pertencimento; apoio espiritual por meio de um relacionamento pessoal com Deus; criação de significado e facilitação da aceitação da doença; ajuda na preservação da saúde além do alívio do medo e da incerteza perante a morte em decorrência da vivência da soropositividade, autoaceitação e redução

da autoculpa. Os autores concluíram que esses benefícios percebidos podem potencialmente oferecer meios pelos quais a religiosidade pode afetar o ajustamento psicológico.

No estudo realizado por Cotton et al. (2006), que teve como propósito caracterizar a espiritualidade/religião de uma amostra de 450 pacientes com HIV/aids e examinar suas associações com variáveis clínicas, demográficas e psicossociais, a maioria dos participantes afirmou que sua doença fortaleceu sua fé e que sua religião/espiritualidade é um importante fator em suas vidas favorecendo a manutenção de um senso de significado/propósito, sensação de conforto e enfrentamento para lidar com sua doença. Neste estudo, os participantes fizeram uso mais frequente de estratégias de *coping* religioso positivo que negativo. CRP esteve associado com: *status* de minoria, menos uso do álcool, sexo feminino, melhor funcionamento geral, maior satisfação com a vida, e maior otimismo. CRN, por sua vez, foi associado com: *status* de minoria, idade jovem, menor autoestima e otimismo, ter mais sintomas depressivos significativos e taxa viral detectável. Os autores identificaram ainda que pacientes com maior otimismo, autoestima, satisfação com a vida e que bebiam menos álcool tendiam a ser mais religiosos e espiritualizados. Estes também apresentaram taxas mais baixas de sintomas depressivos, menos sintomas relacionados ao HIV e melhor funcionamento geral. Os autores concluíram que seus achados ressoaram com estudos de outros autores que identificaram que níveis mais altos de espiritualidade foram associados com melhores resultados de saúde física e mental, bem como com uma melhor percepção de QV em pessoas com HIV/aids.

Alguns estudos relataram associação entre envolvimento religioso e funcionamento do sistema imune. O estudo realizado por Woods, Antoni, Ironson, e Kling (1999a) examinou o relacionamento entre religiosidade e o status afetivo e imune de 106 homens homossexuais HIV positivos com alguns sintomas da aids (estágio B da aids segundo o *Center for Disease Control* - CDC). Todos completaram um conjunto de questionários psicossociais e forneceram uma amostra de sangue venoso. A análise fatorial de 12 itens de respostas religiosamente orientadas revelou dois aspectos distintos da religiosidade: *coping* religioso e comportamento religioso. Neste estudo, *coping* religioso (ex. colocar confiança em Deus; buscar conforto na religião) foi significativamente associado com escores mais baixos de depressão e ansiedade, mas não com marcadores imunológicos específicos. Por outro lado, comportamentos religiosos (ex. participação em cultos, oração, ler literatura religiosa) associaram de forma significativa com taxas mais altas de CD4+, mas não com depressão. Análises de regressão indicaram que a associação da religiosidade com estatus afetivo e imune não foi mediada pelo senso de autoeficácia do indivíduo ou pela habilidade de enfrentar ativamente sua situação de saúde e também pareceu ser independente do estatus sintomático.

O estudo de Woods et al. (1999b) também examinou o relacionamento entre religiosidade e estatus afetivo e imune de 33 mulheres HIV positivas discretamente sintomáticas (estágio B segundo o CDC) em replicação de um estudo prévio (Woods et al., 1999a), que relatou uma associação entre religiosidade e estatus afetivo e imune em homens homossexuais soropositivos. Consistente com o estudo prévio, a análise fatorial revelou dois aspectos distintos da religiosidade: *coping* religioso e



comportamento religioso. O *coping* religioso foi significativamente associado com menor depressão e ansiedade. Análises de regressão revelaram que um estilo de *coping* ativo e autoeficácia foram mediadores dos efeitos do *coping* religioso nos sintomas depressivos. Porém, a associação entre *coping* religioso e ansiedade não pareceu ser mediada por essas variáveis. Em contraste com o estudo prévio, nem o *coping* religioso nem o comportamento religioso foi significativamente associado com estatus imune medido pela contagem de células T CD4.

Tsevat, Leonard, Szaflarski, Sherman, Cotton et al. (2009) examinaram como 347 pacientes compararam suas vidas antes e após terem sido diagnosticados com HIV, bem como os fatores associados com mudanças nas opiniões a respeito de se a vida melhorou ou piorou em relação a antes do diagnóstico de soropositividade ao longo do tempo, em intervalo entre 12 a 18 meses. Ao comparar sua vida agora com a vida até então, no tempo 1, 12 meses após o diagnóstico, 109 (31%) pacientes disseram que a vida era melhor antes da descoberta de soropositividade, 98 (28%) afirmaram que era pior e o restante que estava igual ou não sabiam. No tempo 2, 12–18 meses depois aproximadamente, um quinto dos pacientes mudaram suas respostas para indicar que houve melhoria na vida e um sexto indicou que houve piora na vida desde que foram diagnosticados com HIV. *Coping* religioso positivo esteve significativamente associado com melhora na qualidade de vida da linha de base até o *follow-up* de 12 a 18 meses e negativamente associado com percepção de deterioração da QV. Nas análises multivariadas, mudança na percepção da qualidade de vida para melhor do tempo 1 ao tempo 2 (*versus* pré-diagnóstico) foi positivamente associada apenas com escores de *coping* religioso positivo no tempo 1. Por outro lado, as alterações na percepção para pior foi associado com orientação homossexual, carga viral detectável, menor tempo de diagnóstico do HIV, pontuações mais baixas em espiritualidade e escores menores de *coping* religioso positivo. O *coping* religioso negativo não foi relacionado com melhoria ou degradação da QV da linha de base nos seguimentos avaliados. Os achados de que muitos pacientes não apenas podem enfrentar e se adaptar à soropositividade, mas perceber que a vida é melhor do que antes do diagnóstico, oferece esperança para inúmeras pessoas infectadas com um vírus que pressagiava apenas sofrimento e morte, bem como corrobora uma associação positiva entre espiritualidade e religião com melhoria da qualidade de vida, implicando que algum tipo de intervenção espiritual pode ser útil para alguns pacientes.

Resultados do estudo realizado por Szaflarski et al. (2006) também indicaram que nos 450 pacientes vivendo com HIV/aids pesquisados, *coping* religioso associou-se com o sentimento de que a vida é melhor agora que antes do diagnóstico por HIV/aids. Os participantes que consideraram que a vida melhorou apresentaram, por sua vez, menos sintomas depressivos e relacionados ao HIV, assim como maior otimismo, autoestima e suporte social.

O estudo de Galvão e Paiva (2012) teve como objetivo analisar e descrever relatos e situações vivenciadas por mulheres soropositivas para o enfrentamento da infecção. Para tal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas que foram audiogravadas, com 14 mulheres com diagnóstico de infecção pelo HIV que frequentavam um serviço de assistência especializada. Conforme os resultados, a

categoria religiosidade emergiu na fala das participantes como um fator que contribuía positivamente para o enfrentamento da infecção pelo HIV e que foi intensificado a partir da vivência da soropositividade. De acordo com os dados, as mulheres buscavam na religiosidade conforto e alívio das tensões advindas do diagnóstico e de suas repercussões, como os efeitos colaterais dos antirretrovirais e o medo da morte. Identificou-se que é na figura divina que as pessoas com HIV/aids encontravam força, razão e esperança para superar a doença. A religião também foi utilizada como estratégia para compreender o motivo da infecção sendo uma aliada da perseverança no tratamento, mesmo diante da impossibilidade de cura.

Damilda et al. (2015) examinaram os efeitos do *coping* religioso, da religiosidade e dos sintomas depressivos, adesão à medicação e suporte social em várias dimensões da qualidade de vida em uma amostra de 292 pessoas vivendo com HIV/aids. Resultados indicaram que sintomas depressivos, *coping* religioso positivo, satisfação quanto ao suporte social, predisseram a QV significativamente. Esta esteve inversamente correlacionada a: sintomas depressivos, *coping* religioso negativo, tempo de diagnóstico e idade. Melhor percepção da QV esteve positivamente relacionada à: *coping* religioso positivo, satisfação quanto ao suporte social, adesão à medicação e com a autoidentificação como pessoa muito ou moderadamente religiosa.

O estudo de Lee et al. (2014) examinou o relacionamento do *coping* religioso com depressão e qualidade de vida, e o papel mediador da constatação do benefício (grau em que os indivíduos percebem que ter HIV trouxe contribuições positivas para suas vidas) na associação entre *coping* religioso e resultados psicológicos, em 198 indivíduos com HIV/aids. Os resultados das análises de regressão hierárquicas revelaram que *coping* religioso negativo esteve significativamente associado com nível elevado de sintomas depressivos e baixo nível de qualidade de vida, e previu afeto positivo e satisfação com a vida após controlar variáveis demográficas e clínicas. Por outro lado, *coping* religioso positivo apresentou associação significativa com afeto positivo e satisfação com a vida, mas não com sintomas depressivos e qualidade de vida. *Coping* religioso positivo foi associado a uma maior constatação de benefício, que por sua vez foi associado a menos sintomas depressivos. Portanto, houve um efeito indireto negativo do CRP nos sintomas depressivos mediados pela constatação do benefício. Contudo, quando a constatação do benefício foi controlada, os efeitos do CRP nos sintomas depressivos foram significativamente positivos. Em suma, aqueles que frequentemente lançavam mão de CRP perceberam mais benefícios de sua doença, o que os levou ao aumento do afeto positivo e maior satisfação com a vida. Esses resultados são consistentes com estudos prévios que encontraram que CRP relaciona-se com resultados positivos, mas não a *distress* emocional, enquanto que o CRN é um preditor mais forte e consistente de *distress* emocional e mal ajustamento psicológico entre pacientes médicos com doenças sérias incluindo o HIV. Concluiu-se que a constatação do benefício apresentou-se enquanto um significativo mediador da conexão entre CRP e depressão assim como da relação entre CRP e afeto positivo e satisfação com a vida, desde que controlando possíveis variáveis confundidoras.

Henry (2013) examinou a relação entre *coping* espiritual e comportamentos de saúde e níveis de depressão em uma população de 177 soropositivos, investigando ainda se o *coping* espiritual poderia prever mudanças nestas variáveis ao longo de dois anos. Dados indicaram que *coping* espiritual não se associou de forma significativa à adesão a medicação, uso de substâncias, práticas sexuais seguras e depressão, tampouco predisse mudanças. Contudo, estratégias negativas se relacionaram ao maior uso de substâncias e comportamentos sexuais de risco, portanto, a comportamentos negativos de saúde.

Yi et al. (2006), investigaram como dimensões específicas da religião/espiritualidade se relacionavam a sintomas depressivos em 450 pacientes com HIV/aids. As variáveis independentes incluíram informações sociodemográficas, clínicas, estatus de saúde, suporte social, comportamentos de risco, autoestima, espiritualidade, afiliação religiosa, religiosidade e *coping* religioso. A maioria dos pacientes com HIV enquadraram-se nos critérios para sintomas depressivos significativos. Nas análises multivariadas, ter maior nível de preocupação com a saúde, menor desconforto com a forma com que contraíram o vírus, mais sintomas relacionados ao HIV, percepção de saúde mais pobre, maior contagem de células CD4 e carga viral, menor suporte social e bem-estar espiritual foram associados com sintomas depressivos. Duas medidas de religiosidade – *coping* religioso negativo e menos atividades religiosas organizadas – foram também associadas a sintomas depressivos significativos. Outras dimensões da religiosidade (ter uma afiliação religiosa; frequência de participação em atividades religiosas; religiosidade intrínseca; e *coping* religioso positivo) não se relacionaram a sintomas depressivos significativos.

Especificamente em uma amostra de 252 mulheres afroamericanas HIV positivas, Prado et al. (2004) identificaram que estresse e envolvimento religioso foram positivamente relacionados, indicando que aquelas que experienciaram mais estressores foram mais propensas a serem religiosamente envolvidas e que a religião foi direta e negativamente relacionada ao estresse psicológico. Além disso, o envolvimento religioso esteve diretamente relacionado a níveis mais altos de suporte social, que por sua vez foi associado a níveis mais altos de *coping* ativo e mais baixo do *coping* evitativo. Foi concluído que suporte social e estilos de *coping* mediarão a relação entre envolvimento religioso e estresse psicológico, sendo que o *coping* evitativo apresentou ser o mediador mais forte, contribuindo para uma variância de 53%.

Apesar dos estudos terem identificado que espiritualidade geral e comportamentos religiosos são associados ao bem-estar psicológico em indivíduos com HIV/aids, relativamente pouca atenção tem sido dada para a relação entre estratégias de *coping* religioso positivas e negativas, qualidade de vida e outros aspectos positivos de pessoas soropositivas, como resiliência. Dado que indivíduos soropositivos podem ser vulneráveis a experimentar lutas espirituais devido a atitudes negativas das comunidades religiosas em relação a fatores de risco para a infecção pelo HIV, incluindo a homossexualidade e o uso de drogas, distinguir *coping* religioso positivo e negativo e examinar sua relação diferencial com adaptação psicológica é de particular relevância para PVHA.

Para compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento adaptativo de pacientes com HIV/aids, os estudos sobre resiliência se fazem relevantes.

### **Resiliência: Considerações Teóricas**

A partir do final da década de 1970, o fenômeno em que pessoas – a despeito de expostas a severas adversidades e traumas agudos ou prolongados, fatores considerados de risco para o desenvolvimento de doenças psíquicas – conseguiam manter um desenvolvimento saudável e conseguiam superá-las com relativa competência, começou a ser estudado por pesquisadores americanos e ingleses (Libório, Castro, & Coelho, 2006). Estes denominaram esse fenômeno de invulnerabilidade, termo que seria mais tarde substituído por resiliência (Brandão, Mahfoud & Gianordoli-Nascimento, 2011; Silva, & Alves, 2007).

Resiliência refere-se à capacidade de enfrentar e responder de forma positiva aos eventos negativos que ocorrem ao longo do curso de vida, conseguir superá-los, mesmo quando estes oferecem riscos à saúde e ao desenvolvimento. Ou seja, a pessoa seria capaz de ter um desenvolvimento saudável apesar de circunstâncias muito adversas, sendo até transformada e fortalecida por esse processo (Becoña, 2006; Santos, 2011).

Atualmente existe um consenso de que o conceito não denota invulnerabilidade ou invencibilidade, resistência absoluta ao estresse ou a qualquer adversidade, nem significa que o indivíduo sairá da crise ileso, pois consiste na habilidade de prevenir, minimizar ou superar as adversidades caracterizando-se por resultados positivos apesar da presença de sérias ameaças à adaptação e ao desenvolvimento da pessoa (Becoña, 2006; Calvetti et al., 2007; Emilio & Martins, 2012; Morais & Koller, 2004; Noronha, Cardoso, Moraes, & Centa, 2009; Polleto & Koller, 2008; Yunes, 2003; Yunes & Szymaski, 2001).

A princípio o conceito de resiliência foi definido como um conjunto de traços de personalidade e capacidades que tornavam invulneráveis as pessoas que passavam por experiências traumáticas e não desenvolviam doenças psíquicas. Essa compreensão trouxe influências na maneira de pensar o construto no campo psicológico, que durante décadas considerou a resiliência uma característica inata e fixa ao indivíduo para resistir e ter imunidade à adversidade estressante. Desse modo, indivíduos considerados resilientes eram aqueles que não experimentavam estresse ou não se sentiam atingidos por uma adversidade ou um risco. Porém, posteriormente, a partir da década de 1990, com o avanço dos estudos e ampliação dos conhecimentos sobre o tema, novas facetas desse fenômeno foram sendo identificadas, de modo que autores passaram a reconhecer a resiliência como um fenômeno comum e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano caracterizado por um processo dinâmico de adaptação em que indivíduo e ambiente interagem para produzir resultados positivos diante de eventos estressores (Castro & Moreno-Jiménez, 2007; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004). Com a importância atribuída ao contexto e redes de suporte sociais mais amplos, a definição do conceito de resiliência evoluiu de uma perspectiva individual que valorizava traços de

personalidade para uma abordagem sistêmica e ecológica (Lopes & Martins, 2011; Noronha et al., 2009; Souza & Cervený, 2006).

Nesse sentido, autores ponderam que a resiliência é entendida – não como um atributo imutável e inato do sujeito – mas constituído a partir e de acordo com as interações que são estabelecidas entre as características individuais e o contexto/meio familiar e sociocultural ao longo do processo do desenvolvimento humano. É essa relação que configurará a maior ou menor capacidade de cada pessoa, em momentos específicos, para lidar de forma positiva com a adversidade, não sucumbindo a ela (Lopes & Martins, 2007; Morais & Koller, 2004; Noronha et al., 2009; Pesce et al., 2004; Polleto & Koller, 2008).

Desse modo, refere-se a um processo interativo que varia de acordo com as circunstâncias, de modo que a pessoa pode se apresentar de forma resiliente diante de uma situação e não diante de outra, ou até mesmo diante da mesma situação em outro momento (Yunes, 2003). Portanto, o construto resiliência se refere a um processo dinâmico de adaptação em que as influências do ambiente sociocultural e do próprio indivíduo interatuam em uma relação recíproca, que tem como resultado o ajustamento positivo em contextos adversos (Lopes & Martins, 2011).

Infante, conforme citado por Lopes e Martins (2011), apresentou um roteiro do desenvolvimento histórico do conceito de resiliência e identificou duas gerações de pesquisadores. A primeira, nos anos 1970, se preocupou em identificar os fatores de risco e de resiliência que exercem influência no desenvolvimento de crianças que se adaptam positivamente, apesar de viverem em condições de adversidade. Essa geração organiza os fatores resilientes e de risco em três grupos: os atributos individuais, os aspectos da família e as características dos ambientes sociais a que as pessoas pertencem. A segunda geração de pesquisadores, que começou a publicar nos anos 1990, agrega o estudo da dinâmica entre os fatores (individuais, familiares e sociais) que estão na base da adaptação resiliente. Portanto, o construto resiliência passa a ser entendido como processo. Para essa geração mais atual de estudiosos, resiliência é considerada um processo dinâmico, no qual as influências do ambiente e do indivíduo interatuam em uma relação recíproca e que, apesar da adversidade, que tem como resultado a adaptação positiva em contexto de grande adversidade. Assim, distinguem-se três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência: (a) a noção de diversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; (b) a adaptação positiva ou superação da adversidade; (c) o processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano.

De forma geral as pesquisas sobre resiliência emergiram nos Estados Unidos, nos anos 1970, quando profissionais de várias formações observaram que crianças submetidas a fatores de risco de apresentarem problemas psicopatológicos ou de comportamento, devido a circunstâncias genéticas ou ambientais como alcoolismo, drogadição, doenças mentais de seus cuidadores e violência que ameaçavam o desenvolvimento saudável e poderiam predispor-las a isso, desenvolviam-se satisfatoriamente, alcançavam sucesso e demonstravam competência. O advento de pesquisas

longitudinais que acompanhavam populações desde o nascimento também contribuiu para que a psicologia pudesse olhar o desenvolvimento positivo das crianças, pois enquanto os estudos retrospectivos feitos até então criavam a impressão de que determinados resultados negativos eram inevitáveis, posto que estudavam pessoas que já apresentavam problemas no desenvolvimento e buscavam em sua história o que poderia ter provocado tal resultado. Ou seja, apenas os riscos, a psicopatologia e o mau desenvolvimento eram focados - os estudos prospectivos e longitudinais pesquisavam sujeitos em situação de risco, que frequentemente mostravam boa capacidade de adaptação e habilidades de enfrentamento (Brandão et al., 2011).

No Brasil, os estudos sobre resiliência são ainda mais recentes e os primeiros trabalhos publicados no país relacionados a esta temática podem ser encontrados somente a partir do final da década de 1990, entre 1996 e 1998, sobre crianças expostas a situações de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial, redes de apoio social e afetivo de criança em situação de risco (Angst, 2009; Lopes & Martins, 2011; Noronha et al., 2009; Souza & Cervený, 2006).

Há entre pesquisadores anglo-saxões e aqueles falantes de línguas latinas, uma disparidade na maneira de se entender as origens do tema e nas concepções que adotam de resiliência. Pesquisadores “não anglo-saxões” apontam que o termo resiliência teria sido tomado das ciências exatas, mais especificamente do campo da resistência dos materiais. Na literatura brasileira, pode-se dizer que há um consenso a respeito do conceito da resiliência ser originário da física, o que não é mencionado pelos pesquisadores precursores do tema, ingleses e norte-americanos (Brandão et al., 2011).

Brandão et al. (2011), ao discorrer acerca da história do conceito de resiliência, questionam sua suposta origem física. Físicos e engenheiros utilizam a noção de resiliência para calcular a quantidade máxima de energia que um dado material pode absorver ao ser submetido a determinado impacto, deformando-se sem se romper sendo capaz de voltar à forma original, quando finda a causa de sua deformação, de modo que sua capacidade de suportar um impacto sem ficar deformado permanentemente depende de sua resiliência.

Para esses autores (2011), a concepção geral que a psicologia tem de resiliência, como capacidade para se recuperar de abalos sofridos ou de se abalar e voltar ao que se era antes do abalo, corresponde mais ao conceito físico de elasticidade do que propriamente de resiliência. Isso porque a elasticidade seria a característica dos materiais de se deformarem e voltarem à sua forma original, após o fim da causa da deformação. Vale lembrar que materiais elásticos também podem se romper ou sofrer outro tipo de deformação permanente depois de ultrapassado seu limite de elasticidade. Para que se deformem sem se romper, é necessária a resiliência que implica quantidade de energia passível de ser absorvida. Materiais que sob pressão não se deformam, ou seja, não absorvem energia de impacto, são considerados resistentes e não elásticos. Quando resistem a um impacto, deformando-se pouco ou nada, são considerados rígidos.

Desta forma, Brandão et al. (2011) concluíram que o conceito de resiliência usado pela psicologia foi transposto de maneira imprecisa da física, pois se relaciona mais com o conceito de

elasticidade do que de resiliência dos materiais. Para uma transposição de mais fidedigna do conceito de resiliência da física para as ciências humanas, incluindo a psicologia, os estudos deveriam investigar o quanto as pessoas poderiam suportar de pressão, ou de estresse, antes de apresentarem repercussões psicopatológicas.

Em relação às concepções adotadas sobre o tema, percebe-se que, de modo geral, ingleses e norte-americanos entendem a resiliência como resistência ao estresse, e, sendo assim, são escolhidos como sujeitos de pesquisa pessoas que apesar da probabilidade de apresentar dificuldades de desenvolvimento, apresentavam-se bem e não sofreram repercussões psicológicas diante de situações adversas. A noção de adaptação, no sentido de ajustamento social, está inserida nessa concepção. Já para os pesquisadores brasileiros e outros de língua latina, os estudos de resiliência estão relacionados aos fenômenos de resistência ao estresse, mas também aos de recuperação e de superação de impactos emocionais causados pelo estresse (Brandão et al., 2011).

É importante considerar, no entanto, em relação à resiliência entendida como possibilidade de recuperação que, atualmente, autores nacionais e internacionais de renome avançaram muito nessa concepção e concebem que a capacidade de resiliência vai muito além de se recuperar de um dano, pois implica uma superação do que se era, bem como um crescimento pessoal (Brandão et al., 2011; Junqueira & Deslandes, 2003).

Ressalta-se ainda que resiliência não possa ser considerada um escudo protetor, que fará com que nenhum problema atinja essa pessoa, tornando-a rígida e resistente a todas as adversidades. Não existe uma pessoa que é resiliente, mas sim a que está resiliente. Esse é um processo dinâmico, e as influências do ambiente e do indivíduo relacionam-se de maneira recíproca, fazendo com que o indivíduo identifique qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto (Angst, 2009; Assis et al., 2006).

A definição de resiliência implica que o sujeito, por um lado, será exposto a uma ameaça significativa e, por outro, realiza um enfrentamento e adaptação positivos e efetivos em resposta à adversidade (Becoña, 2006). Nesse sentido, a compreensão dos mecanismos facilitadores dos processos de resiliência requer a identificação da interação dos chamados fatores de risco e proteção. Os eventos considerados de risco se referem àqueles estressores que, quando presentes, aumentam a probabilidade de um resultado negativo, ou seja, do indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e/ou sociais. Já os fatores de proteção dizem respeito às influências que transformam, modificam, melhoram ou alteram respostas de uma pessoa a determinados riscos de desadaptação – que predisõem a um resultado não adaptativo - com a função de diminuir a probabilidade de ocorrência de um resultado negativo ou indesejável diante da presença da situação adversa. Assim, estes reduzem o impacto da exposição à situação de risco, estando associados ao desenvolvimento saudável (Angst, 2009; Becoña, 2006; Pesce et al., 2005; Yunes & Szymanski, 2001). Possuem também as funções de reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; estabelecer e manter a autoestima e autoeficácia, através de estabelecimento de

relações de apego segurança e o cumprimento de tarefas com sucesso; e criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse (Noronha et al., 2009). Dessa forma, fatores de proteção relacionam-se com aquilo que altera, modifica ou aperfeiçoa a resposta de uma pessoa a possíveis ameaças ao seu desenvolvimento (Rutter citado por Brandão et al., 2011).

Deve-se ressaltar que risco e proteção, assim como a resiliência, não são entidades estáticas ou homogêneas, e devem ser pensados como processos, pois podem oscilar em sua função. Ou seja, *a priori* nenhuma variável é, em si, fator de risco ou proteção uma vez que qualquer fator pode, potencialmente, ser de risco em um contexto específico e protetor em outro momento. Ademais, um determinado evento de vida adverso, que pode ser considerado fator de risco para a adaptação de um indivíduo, pode não ser ou não ter o mesmo efeito para outros, assim como acontece com os fatores de proteção dependendo da relação estabelecida entre as variáveis individuais e contextuais (Carvalho et al., 2007; Noronha et al., 2009; Polleto & Koller, 2008).

Yunes e Szymanski (2001), assim como Castro e Moreno-Jiménez (2007), alertam que não é adequado fazer inferências de causalidade quando se trata de riscos psicológicos, ou seja, a presença de fatores de risco não prediz por si mesmos psicopatologias ou comportamentos ineficazes em situações de crise, pois estes mudam de acordo com as circunstâncias da vida e têm diferentes repercussões, dependendo de cada sujeito, sendo necessário identificar o ambiente como um todo, e não apenas o indivíduo. Por outro lado, apesar dos fatores de proteção serem preditores de resiliência, eles devem ser entendidos tanto separadamente como em conjunto com outros fatores e com o próprio risco. Dessa forma, para que o sujeito seja considerado resiliente, é necessário que exista um equilíbrio, ou uma combinação entre os fatores de risco e de proteção que se relacionam tanto às condições do próprio indivíduo como do meio ambiente.

Junqueira e Deslandes (2003) acrescentam que desenvolver a resiliência não significa que a pessoa superou todas as experiências traumáticas, já que não se trata de um processo linear, pois um indivíduo pode se sair bem diante de algumas situações, mas não em outras. Nesse sentido, é mais adequado dizer que uma pessoa possui características de resiliência, que podem ser transitórias e específicas a alguns contextos do que considerá-la resiliente enquanto categoria diagnóstica, haja vista que as pessoas têm graus variantes de resiliência em diferentes contextos de sua vida.

Dessa forma, resiliência refere-se a processos que ocorrem na presença do risco, produzindo melhor adaptação. Portanto, o sujeito que convive com fatores de risco não deixa de ser resiliente, mas a maneira como convive com tais riscos é que orienta a proteção e a possibilidade de ser resiliente apesar da exposição às adversidades (Grotberg, 2003). Na mesma direção, Pesce et al. (2004) e Castro e Moreno-Jiménez (2007) afirmam que a resiliência traduz conceitualmente a possibilidade de superação que deve ser compreendida dialeticamente por representar não uma eliminação do estressor mas sua resignificação..

Pesquisas sugerem que a resiliência está positivamente associada à saúde física e mental, embora os mecanismos causais subjacentes a esta associação não foram suficientemente esclarecidos.



Os dados disponíveis sugerem que as pessoas com alta resiliência avaliam tarefas estressantes como menos ameaçadoras, mostram maior tolerância à frustração, e usam mais estratégias de *coping* focado no problema e de busca de apoio social do que pessoas de baixa resiliência (Farber et al., 2011).

Cal, Sá, Glustak e Santiago (2015) realizaram uma revisão da literatura, na qual doze artigos publicados nos últimos 20 anos (1993 a 2013) sobre resiliência e doenças crônicas foram analisados, visando identificar se a resiliência poderia ter influência no processo de doença e nos resultados de saúde. Verificou-se que as pessoas que tinham maiores escores em resiliência tinham menos depressão, ansiedade, incapacitação e somatização, o que sugere que altos escores de resiliência podem proteger contra o desenvolvimento de doenças psiquiátricas, dos quais há uma alta prevalência em condições crônicas. Além disso, eles apresentaram uma melhor qualidade de vida e maior frequência de comportamentos de promoção da saúde, tais como nutrição adequada, prática de atividade física apropriada, o que pode favorecer um nível superior de bem-estar e de adesão ao tratamento, que está em acordo com a literatura. Aqueles com valores mais baixos de resiliência apresentaram menor capacidade de lidar com padrões de estresse e outros desafios decorrentes do processo de adoecimento. Uma correlação inversa também foi encontrada entre escores de resiliência e progressão da doença.

Conclui-se pela relevância do conceito para a área de saúde por reafirmar a capacidade humana em superar situações potencialmente traumáticas. Estudá-la significa uma mudança importante de perspectiva já que enfoca os aspectos positivos da adaptação diante de circunstâncias adversas (Junqueira & Deslandes, 2003; Pesce et al., 2004), nas quais as enfermidades crônicas estão incluídas. Dessa forma, programas de intervenção psicológica que visam seu desenvolvimento podem contribuir para pacientes crônicos terem uma melhor adaptação a sua doença (Cal & Santiago, 2013; Cal et al., 2015; Castro & Moreno-Jimenez, 2007). Nesse sentido, o estudo da resiliência permite compreender quais fatores contribuem para o desenvolvimento adaptativo em pacientes com HIV/aids que são expostos a muitos fatores de risco em decorrência da sua enfermidade.

### **Resiliência, Religiosidade e HIV/aids**

Apesar dos prejuízos biopsicossociais associados à infecção por HIV/aids poderem ser de extrema adversidade e se constituírem enquanto fatores de risco potenciais ao desenvolvimento de pessoas soropositivas que se vêem impelidas a enfrentar uma série de mudanças no seu cotidiano, muitos indivíduos soropositivos conseguem evitar e superar os piores impactos da aids sobre suas vidas e reconstruí-las (Mota, Benevides-Pereira, Gomes & Araújo, 2006; Noronha et al., 2009; Wiegers, 2008). Estudos demonstram que muitas dessas pessoas preservam sua qualidade de vida, seu bem-estar psicológico e a convicção de que terão dias melhores, fazendo uma autoavaliação positiva de sua condição de saúde crônica (Calvetti et al., 2008; Silva & Goveia, 2004).

Ademais, desde o momento da infecção até o surgimento de algum sintoma, podem transcorrer meses ou anos e existem pessoas infectadas que nunca tiveram complicações de saúde

decorrentes da aids (Carvalho et al., 2007). De acordo com estes autores, a soropositividade pode ser ressignificada e vivida como fonte potencial para a mudança e para novas oportunidades diante da vida. Desta forma, ser diagnosticado com HIV é um evento de vida que pode servir como um catalisador para o crescimento e maturidade para várias pessoas (Vance et al., 2011).

Autores têm apontado a resiliência – habilidade de passar por dificuldades e condições adversas e recuperar uma qualidade de vida satisfatória mantendo uma boa saúde – como um dos construtos que esclarecem o porquê de alguns indivíduos sobreviverem e alcançarem o bem-estar em suas vidas (Angst, 2009; Calvetti et al., 2008; Lopes & Martins, 2011). Nesse sentido, a resiliência é um dos fatores que permite PVHA persistirem ou se adaptarem às dificuldades causadas pela aids que, conseqüentemente, pode influenciar a evolução do vírus no organismo, retardando o curso de desenvolvimento e manifestação da doença assim como reduzindo a intensidade e duração de seus impactos negativos (Wiegers, 2008).

Segundo Grotberg, citado por Lopes e Martins (2011), a resiliência tem sido reconhecida como um importante fator na promoção e manutenção da saúde mental, bem-estar e percepção de qualidade de vida, estando relacionada com a redução da intensidade do estresse e de sinais emocionais negativos, como ansiedade, depressão ou raiva. No contexto do processo saúde-doença, a resiliência seria a capacidade de uma pessoa lidar com a doença, aceitando suas limitações, aderindo ao tratamento, readaptando-se e vivendo de forma positiva podendo ser desenvolvida e ampliada ao longo da vida (Bianchini & Dell’Aglia, 2006).

No caso do HIV/aids, se refere à capacidade de aceitar a própria condição, manter uma percepção positiva da doença, prevenindo seus impactos e recuperando um nível de bem-estar e de QV, bem como reconstruir a vida apesar da condição crônica (Nombo & Niehof, 2008; Wiegers, 2008). Assim, em indivíduos soropositivos a resiliência representa adaptação na medida em que se associa significativamente com menos estresse psicológico e melhor percepção da QV (Farber et al., 2000; Santos, 2011).

Farber et al. (2000) examinaram as dimensões de comprometimento/compromisso, desafio e controle como fatores de resiliência na adaptação de pessoas com HIV/aids. Os mesmos foram definidos respectivamente como: (a) significado e propósito da vida em relação a si mesmo e aos outros; (b) senso de que mudança é uma parte natural da vida, proporcionando oportunidade para crescimento e autonomia; (c) percepção acerca da própria capacidade de influenciar o curso da vida. Duzentos participantes completaram questionários de autorrelato medindo resiliência, estresse psicológico, QV e crenças pessoais. Regressões múltiplas revelaram que escores altos de resiliência estiveram significativamente associados a níveis de estresse psicológico mais baixo, percepção mais elevada de QV e em outros domínios do funcionamento geral, bem como a crenças pessoais mais positivas com relação à benevolência do mundo e das pessoas. O compromisso foi o fator de resiliência que trouxe uma contribuição única para prever a adaptação nos modelos de regressão. Já a

controlabilidade dos eventos da vida e sorte pessoal não foram fatores significativamente associados com resiliência.

Um dos fatores de proteção mencionados na literatura, que pode contribuir para a promoção de resiliência de pessoas que vivem com HIV/aids é a religiosidade, sendo um dos aspectos que podem influenciar o aprendizado e o crescimento a partir da adversidade (Calvetti et al., 2008).

A espiritualidade bem como o envolvimento com grupos religiosos institucionalizados, por se constituírem em fonte de interpretação e enfrentamento para os acontecimentos da vida, podem proporcionar em pessoas vivenciando situações críticas aumento do senso de propósito e significado da vida, esperança e motivação, além de reduzirem o senso de perda de controle e desamparo que, por sua vez, são associados a maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças (Biachini & Dell'Aglio, 2006; Panzini & Bandeira, 2005; Peres, Moreira-Almeida, Nasello, & Koenig, 2007). Alcorta (2006) acrescenta ainda que a religiosidade se relaciona ao processo de resiliência por melhorar as habilidades sociais, ampliar as estratégias de resolução de problemas e aumentar o afeto positivo.

Desse modo, de acordo com Killian (2004), é provável que pessoas resilientes tenham uma forte crença espiritual ou ideológica de que existe um Deus, ou um ou mais seres superiores, que transcende a vida na Terra. Calvetti et al. (2008), Carrico et al. (2006) assim como Siegel e Schrimshaw (2000) acrescentam que estas pessoas tendem a demonstrar uma visão positiva acerca da sua experiência de vida estressante e, inclusive percebem benefícios nas situações adversas vivenciadas relacionadas à sua doença crônica, estando esta percepção ligada a níveis maiores de satisfação na vida, melhor estado de saúde e melhor QV e bem-estar.

No contexto da aids, a religiosidade também tem sido relacionada com a terapêutica medicamentosa, pois a fé e a oração foram identificadas como fortes facilitadores da adesão ao tratamento (Galvão & Paiva, 2011). Envolvimento religioso e prática espiritual corresponderam a melhores resultados relacionados à saúde, independentemente da idade. Esse envolvimento pode fornecer apoio social, normas para comportamentos saudáveis e uma sensação de bem-estar e adesão ao tratamento (Vance et al., 2011).

Há evidências de que o estresse provocado pelas doenças crônicas leva ao aumento do envolvimento religioso. O curso incerto do HIV e a possibilidade de um desfecho terminal favorece a emergência de um contexto no qual as pessoas soropositivas podem ver a si mesmas como tendo pouco controle pessoal, circunstância onde muitas vezes estas se voltam para a religião para obter respostas favoráveis. Além disso, o envolvimento religioso e a fé proporcionam ao indivíduo um sentido de autoestima e domínio em face de uma doença que ameaça a vida (Prado et al., 2004).

Em geral, pesquisadores têm encontrado que a espiritualidade protege de atitudes negativas e declínios na saúde física e que muitos adultos com HIV relataram que cresceram espiritualmente, que sua espiritualidade mudou como resultado de serem diagnosticados e consideram que a infecção pelo

HIV os ajudou a aprofundar sua espiritualidade, promover o autocuidado e a fazer cumprir o propósito de Deus para suas vidas (Vance et al., 2011).

Szaflarski et al. (2006) afirmam que em pacientes HIV/aids a religião/espiritualidade é associada com sentimentos positivos (fé e paz) mas também com negativos (sentir-se punido por Deus ou condenado por um grupo religioso). Também tem sido associada com resultados de saúde (maior sobrevida, comportamentos saudáveis, menos estresse e níveis mais baixos de cortisol, assim como com o desejo de viver). Além disso, pode fomentar não apenas autoestima mas, também, outros aspectos da autopercepção.

Tsevat et al. (2009) acompanharam mais de trezentos pacientes que contraíram o vírus, durante um período de 15 meses, e obtiveram resultados que demonstraram aumento da vivência religiosa em seus vários aspectos, que, por sua vez, acarretou aumento da QV destas pessoas. Tal resultado também foi observado em um estudo semelhante de Ironson, Stuetzle e Fietcher (2006), assim como em Cotton et al. (2006), que descreveram aumento de otimismo, autoestima, satisfação e, até mesmo redução do uso de bebidas alcoólicas, em pacientes soropositivos que têm uma relação positiva e ativa com a religião em suas vidas.

Tal como afirmado, vários estudos enfatizam o desempenho da religião/espiritualidade como fator de proteção à saúde, acelerando a remissão e prevenindo a recaída da depressão, por exemplo. Pesquisas indicam que crenças e práticas religiosas estão associadas com melhor saúde física apresentando resultados benéficos do envolvimento religioso em relação à dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade. Resultados de pesquisas examinando a relação com saúde mental têm endossado associação do envolvimento religioso com maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos e menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias (Koenig et al., 2001).

No estudo realizado por Ferreira, Favoreto e Guimarães (2012) empregou-se metodologia qualitativa para analisar os relatos sobre religiosidade que emergiram na fala de nove pessoas entrevistadas que viviam com HIV/aids e sua influência no processo saúde-doença. Os resultados apontaram que a dimensão espiritual perpassou as construções de significados sobre viver com HIV/aids que se mostraram relevantes na maneira como os indivíduos elaboravam suas narrativas de adoecimento para explicar para si mesmas a história de sua infecção por HIV, assim como para elaborar seus modos de enfrentamento do adoecimento dela decorrentes. Neste contexto, as narrativas trazidas por este grupo abordaram a ideia da força emanante dessas experiências subjetivas relativas à religiosidade, no sentido de apresentarem temáticas com conteúdos sobre expiação da culpa da infecção, de deslocamento dos valores morais negativos que as pessoas vivem devido ao HIV, à esperança, ao conforto, acolhimento e à perseverança, os quais mostraram-se como auxiliares nas experiências de enfrentamento do adoecimento em decorrência da infecção pelo HIV.

Litwinczuk e Groh (2007) realizaram um estudo transversal e descritivo para examinar as relações entre espiritualidade, propósito de vida e bem-estar em uma amostra de 46 homens e mulheres soropositivos. As análises de correlação indicaram que espiritualidade associou-se significante e positivamente com propósito de vida, mas não com bem-estar. Uma possível razão para esses resultados é que o período de tempo vivendo com HIV moderou o bem-estar (aqueles diagnosticados com HIV por 10 anos ou mais relataram maior bem-estar, se comparados com aqueles diagnosticados há menos de 10 anos).

Kisenyi, Muliira e Ayebare (2013) examinaram a relação entre religiosidade e adesão à TARV em uma amostra de 220 pessoas com HIV/aids em Uganda, onde a prevalência de não aderência à TARV por pacientes HIV/aids permanecia alta, às vezes devido ao comportamento religioso dos pacientes. Análises estatísticas demonstraram uma correlação positiva e significativa entre adesão à TARV e religiosidade, indicando que nesta amostra um aumento da religiosidade tendia a estar associada com um aumento na adesão à TARV. Religiosidade também esteve significativa e positivamente associada com idade. Além do comportamento religioso e da idade, outro fator que afetou a adesão foi a autopercepção de saúde. Adicionalmente, a maioria dos participantes relatou que acreditava que oração podia curar a aids, se combinada com alguma outra intervenção, como o tratamento medicamentoso. Os autores concluíram que em um cenário de recursos limitados, como em Uganda, a religiosidade deveria ser identificada como uma das estratégias para assegurar ótimo nível de adesão à TARV entre pacientes com HIV/aids.

Em uma amostra de 279 adultos com HIV, Ironson et al. (2002) encontraram que religiosidade e espiritualidade/envolvimento religioso corresponderam a níveis mais baixos de cortisol, aumento de comportamentos positivos de saúde, maior suporte social, esperança e sobrevivida a longo prazo. Em pessoas com HIV/aids, níveis mais altos de espiritualidade têm sido associados com melhoras na satisfação com a vida, qualidade de vida relacionada à saúde e bem-estar geral, após controlar outros fatores como idade e sintomas relacionados ao HIV.

As conexões positivas encontradas, entretanto, não significam que todas as religiões ou alguma em particular sempre promovem emoções humanas positivas, relacionamentos satisfatórios ou estilos de vida saudáveis. A religião pode ter efeito adverso na saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos com evidência científica. Pode ser usada para induzir culpa, vergonha, medo ou justificar raiva e agressão. Como agente de controle social, pode ser restritiva e limitante, isolando socialmente aqueles em desacordo com os padrões religiosos (Panzini & Bandeira, 2007).

Frente à constatação de que a religiosidade parece ser uma dimensão importante do contexto de vida de pacientes soropositivos, que pode desempenhar um papel útil no enfrentamento positivo das situações de estresse, considera-se importante compreender os efeitos do *coping* religioso de pessoas vivendo com HIV/aids mediante a investigação de suas relações com variáveis psicológicas (qualidade de vida e resiliência), sociodemográficas e médico-clínicas, a fim de ampliar e melhorar a assistência

integral prestada nessa área, cuja prevalência continua em ascensão.

## CAPÍTULO 3

### Justificativa e Objetivos

#### Justificativa

A maioria das pesquisas em HIV/aids tem investigado o impacto negativo da infecção no comprometimento de aspectos psicossociais sobre a vida das pessoas. No entanto, igual atenção não tem sido dada à investigação dos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de respostas positivas para a saúde e a qualidade de vida. Desse modo, evidencia-se a importância da participação de profissionais de saúde e pesquisadores, especialmente psicólogos, não apenas na avaliação dos prejuízos psicossociais associados à aids mas no redirecionamento do enfoque dos estudos e intervenções em saúde para os aspectos positivos da experiência humana e protetores de saúde, o que inclui, por exemplo, a resiliência, *coping* e religiosidade/espiritualidade, os quais, por sua vez, podem favorecer o desenvolvimento de habilidades e competências para a superação de adversidades (Calvetti et al, 2008; Carvalho et al., 2007). Ademais, essas variáveis seriam passíveis de intervenção e modificação pela equipe de saúde que presta atendimento a esses pacientes, diferentemente de variáveis sociodemográficas, por exemplo, que são mais refratárias a mudanças (Calvetti, 2010; Razera, 2007; Seidl et al., 2005).

Em regiões do mundo com pronto acesso à terapia antirretroviral altamente potente, pacientes com HIV/aids estão vivendo mais do que nunca, conseqüentemente, compreender os processos de enfrentamento e adaptação da doença que desembocam em uma melhor qualidade de vida nesta população é primordial. Primeiro, pessoas com HIV/aids podem exibir uma gama de reações psicológicas de maior ou menor intensidade na gestão de desafios importantes relacionadas com a vivência da soropositividade. Em segundo lugar, as manifestações clínicas do HIV/aids afetam aspectos do funcionamento físico e psicológico dessa população com implicações na sua QV. Em terceiro lugar, a aids como doença com risco de vida tende a desafiar crenças pessoais e processos relacionados à construção de sentido que podem ter implicações para a adaptação relacionados à infecção (Farber et al., 2000).

A religiosidade-espiritualidade, especificamente, tem sido indicada em pesquisas como um aspecto protetor de saúde e de promoção da qualidade de vida, na medida em que influencia tanto o desenvolvimento de estratégias de *coping* quanto os processos de resiliência relacionados à adaptação ao vírus (Calvetti et al., 2007). Apesar do *coping* religioso e espiritual parecer desempenhar um papel para pacientes com HIV/aids, uma compreensão dos percursos, vias, caminhos por meio dos quais espiritualidade/religião afeta pacientes ainda é limitada, sobretudo no que se refere à QV (Szaflarski et al., 2006).

Destaca-se, portanto, a necessidade de estudos que elucidem melhor o papel e a influência da religiosidade no ajustamento em relação à soropositividade, posto que relativamente pouca atenção tem sido dada ao papel do *coping* religioso nos múltiplos aspectos da saúde e, mais especificamente,

na qualidade de vida de PVHA (Cotton et al., 2006; Joshi & Kumari 2009; Trevino et al., 2007; Dalmida et al., 2015), sobretudo em amostras brasileiras, tendo em vista a complexidade e abrangência da expressão espiritual e religiosa presente nessa sociedade (Faria & Seidl, 2005).

Adicionalmente, as pesquisas não têm focalizado as características do *coping* religioso, tanto positivo quanto negativo, e nos efeitos potencialmente prejudiciais da espiritualidade/religião para essa população (Cotton et al., 2006; Joshi & Kumari, 2009; Trevino et al., 2007). Ademais, ainda são poucos os estudos que têm investigado a relação entre estratégias de *coping* religioso e resiliência em PVHA (Trevino et al., 2010), como os que investigam processos de resiliência no contexto da soropositividade (De Santis, Florom-Smith, Vermeesch, Barroso, & DeLeon, 2013; Farber et al., 2000).

Nesse sentido, a elucidação do papel da religiosidade como estratégia de *coping* na constituição da resiliência diante dos impactos da soropositividade possibilitaria uma maior compreensão dos fatores que sustentam a capacidade ou não das pessoas para lidar com a doença (Wiergers, 2008), bem como o desenvolvimento e promoção da resiliência, favorecendo circunstâncias geradoras de enfrentamento efetivo das adversidades e incrementando os fatores de proteção. Isso porque o estudo da resiliência pretende compreender que características individuais e ambientais podem ser modificadas e/ou estimuladas para que indivíduos adotem estratégias eficazes de enfrentamento de situações adversas (Bianchini & Dell'Aglio, 2006; Farber et al., 2001). Pesquisas sobre *coping* religioso em pessoas com HIV/aids poderão esclarecer os efeitos de estratégias religiosas protetoras, bem como daquelas que se constituem em risco para a emergência de *distress* (Resende et al., 2008).

Nessa perspectiva, a relevância desta pesquisa justifica-se em face da necessidade de aprofundar conhecimentos acerca da influência do *coping* religioso e da resiliência na saúde física e psicológica de pessoas soropositivas para a estruturação de modelos de atendimento e de serviços direcionados a essa população, visando atenção integral e interdisciplinar em HIV/aids. O estudo do *coping* religioso de pacientes com HIV/aids pode sugerir mecanismos potenciais pelos quais a religiosidade dos mesmos pode afetar seu processo de enfrentamento e adaptação psicológica positiva diante de estressores relativos à soropositividade, com possibilidades de influência sobre diversos aspectos biopsicossociais.

As modalidades de *coping* religioso utilizadas por pacientes soropositivos, quando integradas à sua concepção de doença, podem ser complementares às estratégias de intervenção que a equipe de saúde utiliza com a pessoa soropositiva (Mellagi, 2009), posto que, mediante sua elucidação, profissionais da saúde podem ajudar os pacientes a usar mais efetivamente um recurso disponível importante e desenvolver intervenções voltadas para mudanças no estilo de *coping* religioso, de negativo para positivo, esses associados a melhores resultados de saúde e QV.

Do ponto de vista da prática profissional, é fundamental que o psicólogo que atua em HIV/aids considere os diversos benefícios potenciais que tem sido associados à utilização de estratégias



positivas de *coping* religioso, como por exemplo: maior adesão ao tratamento, facilitação do acesso a redes de suporte e integração social, produção de sentido/propósito da vida, esperança e redução de sintomas depressivos (Mellagi, 2009). Sem dúvida, o uso de estratégias negativas de *coping* religioso também deve ser identificado desde as etapas iniciais do atendimento. Mas, para que essas metas possam ser incluídas no acompanhamento, é preciso assegurar uma formação que familiarize o psicólogo e os demais membros da equipe com o domínio religioso e/ou espiritual no processo saúde-doença (Panzini & Bandeira, 2005).

Dada a diversidade religiosa brasileira, cabe indagar que características essas práticas assumem no enfrentamento a doenças crônicas como a aids e a quais estratégias de enfrentamento religioso as pessoas com HIV mais recorrem. O conhecimento do enfrentamento religioso nesta população e suas associações com variáveis como resiliência e qualidade de vida, concomitante a outras dimensões do indivíduo como sua condição médico-clínica, poderá acrescentar novas estratégias de prevenção e intervenção que tenham por objetivo a promoção da saúde integral e a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

A contribuição da produção de conhecimento sobre o tema religiosidade, enfrentamento, resiliência e aids poderá ser utilizado em serviços de referência e/ou em outros serviços de saúde na melhoria da qualidade da assistência. Além disso, poderá auxiliar na discussão da formação do psicólogo e de outros profissionais para a atuação em serviços de saúde, aprimorando o conhecimento do processo saúde-doença, incluindo neste entendimento a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais. Essa compreensão pode fazer diferença na prática clínica, como forma de aprimorar a relação profissional-usuário, e permitir um melhor planejamento e avaliação de resultados sobre diferentes cuidados e tratamentos prestados a estes pacientes.

Entre as implicações para a prática clínica, a consideração de fatores de resiliência de pacientes com HIV/aids pode ser útil para prever a probabilidade de adaptação positiva ou susceptibilidade para sofrimento psicológico em determinado indivíduo. Intervenções psicológicas, psicossociais e psicoeducativas que se concentrassem na identificação e desenvolvimento de fatores resiliências poderiam favorecer o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e adaptação relacionados à soropositividade ao longo do espectro de progressão da doença (Farber et al., 2000).

## **Objetivos**

### **Objetivo geral**

O objetivo geral do presente estudo é investigar associações entre estratégias de *coping* religioso com variáveis médico-clínicas, sociodemográficas e psicológicas (resiliência e qualidade de vida) em pacientes com HIV/aids.

### **Objetivos específicos**

Dentre os objetivos específicos estão:

1. Caracterizar os participantes quanto aos aspectos sociodemográficos, médico-clínicos, das práticas

religiosas, do  *coping*  religioso, resiliência e qualidade de vida percebida;

2. Identificar a prevalência das estratégias de  *coping*  religioso utilizadas por pessoas vivendo com HIV/aids para lidar com estressores relativos à soropositividade;

3. Analisar diferenças na utilização das estratégias de  *coping*  religioso em relação aos fatores sociodemográficos e da condição médico-clínica de pessoas com HIV/aids;

4. Investigar preditores da percepção da qualidade de vida, considerando variáveis sociodemográficas, médico-clínicas, estratégias de  *coping*  religioso e resiliência.

5. Investigar preditores da resiliência entre variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e estratégias de  *coping*  religioso.

## CAPÍTULO 4

### Método

#### Delineamento

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, caracterizando-se como um estudo de corte transversal, de caráter correlacional e preditivo, com utilização de técnicas descritivas e inferenciais de análise de dados (Marczyk, DeMatteo, & Festinger, 2005).

#### Participantes

A amostra foi composta de 200 pacientes diagnosticados com HIV/aids, de ambos os sexos, adultos, acompanhados em um serviço público especializado do município de Goiânia, Goiás.

Os critérios para a inclusão dos participantes no estudo foram: (a) participação voluntária com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (b) ter diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV; (c) idade igual ou acima de 18 anos e inferior a 65 anos (devido às comorbidades que podem existir na fase de idade mais avançadas, além da baixa prevalência de pessoas HIV positivas com mais de 65 anos); (d) ter condições para responder aos instrumentos de autorrelato, sozinho ou com ajuda de pesquisador treinado. Constituíram fatores para exclusão da participação no estudo: (a) pacientes analfabetos ou incapazes de compreender e responder aos instrumentos sozinhos ou com a ajuda do pesquisador; (b) ter diagnóstico psiquiátrico. A seleção dos participantes foi por conveniência (Oliveira, 2001). O número de participantes decorreu do número de variáveis que foram investigadas e dos tipos de análises inferenciais efetuadas.

#### Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário geral (Anexo A) que foi previamente testado em estudo piloto para adequação quanto à linguagem, sequência e clareza das questões, referente aos seguintes aspectos: (1) sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, situação empregatícia, renda familiar, número de filhos; (2) condição médico-clínica: essa parte do questionário foi baseada no instrumento elaborado por Seidl, Melchíades, Faria e Brito (2007), incluindo: tempo de diagnóstico, uso de terapia antirretroviral (TARV), autoavaliação da adesão ao tratamento antirretroviral, percepção do estado atual de saúde, níveis de linfócitos T CD4+ (número de células de defesa do organismo por milímetro cúbico de sangue), carga viral plasmática (medida pela quantidade de cópias virais por mililitro de sangue periférico). Esses últimos dados foram obtidos do prontuário do paciente referentes aos exames mais recentes; (3) crenças e práticas religiosas: essa parte do questionário baseou-se no instrumento elaborado por Faria e Seidl (2006): crença ou não em Deus, afiliação religiosa, autoavaliação da importância da fé e crenças religiosas na vida, frequência de práticas religiosas públicas (práticas em locais de culto), ajuda da religião/espiritualidade para manejar situações estressantes, mudanças na

crença e na frequência de práticas religiosas desde que recebeu o diagnóstico de infecção por HIV e percepção da influência da religiosidade na saúde.

- Escala Breve de Enfrentamento Religioso (Anexo B): baseada na *BriefRCOPE* desenvolvida originalmente por Pargament et al. (2000), traduzida para a língua portuguesa e analisada fatorialmente por Faria e Seidl (2006) em uma amostra de pacientes soropositivos, com o objetivo de avaliar a utilização da religiosidade no processo de *coping*. A estrutura fatorial encontrada replicou a escala original, com manutenção do número de itens e fatores, utilizando-se o método dos fatores principais, rotação ortogonal, itens com cargas fatoriais superiores a 0,30. A versão brasileira, tal como a norte-americana, é composta de dois fatores, com sete itens cada um e avaliados por uma escala *Likert* de 4 pontos (1 = nunca; 4 = quase sempre): (1) *coping* religioso positivo ( $\alpha=0,87$ ): religiosidade como fonte de amor, cuidado, força, ajuda, purificação e ressignificação positiva do estressor; (2) *coping* religioso negativo ( $\alpha=0,71$ ): religiosidade como fonte de conflito intra e/ou interpessoal, sentimentos de culpa e punição, insegurança e ressignificação negativa do estressor. O participante foi orientado a responder ao instrumento em relação à condição de soropositividade no momento atual.

A escolha dessa escala se deveu ao fato da mesma ter sido delineada para ser abrangente (incluir uma ampla variedade de *coping* religioso), teoricamente baseada e funcionalmente orientada (refletir as múltiplas funções que a religião pode desempenhar), balanceada (sensível aos aspectos tanto positivos quanto negativos da religiosidade) e clinicamente válida e significativa. Além da RCOPE ser, conforme a revisão de literatura, a escala mais comumente usada em diferentes amostras e contextos (Panzini, 2004). Além disso, estudos empíricos revisados sistematicamente no artigo de Pargament et al. (2011) documentam ainda a consistência interna das subescalas positivos e negativos do Brief RCOPE e fornecem suporte para a validade de construto e validade incremental das suas subescalas.

Os resultados do presente estudo demonstraram que ambas as escalas de CRP e CRN apresentaram boa consistência interna. O  $\alpha$  de Cronbach para a escala de *coping* religioso positivo (CRP) foi igual a 0,83 e para a de *coping* religioso negativo foi 0,74, indicando bons níveis de confiabilidade do instrumento no estudo. Com base em Panzini (2004), optou-se por obter um escore mais global da variável de *coping* religioso. Neste estudo, o *coping* religioso total é o índice que apresenta o panorama conjunto da quantidade de CR praticada pelo participante. Foi obtido mediante o cálculo da média entre os itens que compõem o CR positivo e a média das respostas invertidas aos itens de oito a 14 da dimensão negativa do CR. A recodificação dos escores dos itens do CR negativo foi realizada já que as duas dimensões têm direção inversa.

- Escala de Avaliação de Resiliência (EAR) (Anexo C): instrumento de avaliação da resiliência elaborada e validada no contexto brasileiro por Martins, Siqueira e Emilio (2011). Essa escala parte da definição de resiliência de Grotberg (2001), como habilidade do ser humano de ter êxito diante das adversidades da vida, superá-las e ser fortalecido ou transformado por elas. As dimensões de resiliência na EAR são: (a) adaptação ou aceitação positiva de mudanças, definida como o reconhecimento de que as mudanças e as situações difíceis podem oferecer oportunidades de crescimento; (b) espiritualidade,

definida como a crença ou o sentimento de dependência de algo metafísico ou transcendental que oferece sentido à vida, de que algo sobrenatural exerce controle sobre a vida e seus acontecimentos; (c) resignação diante da vida, conceituada como a sujeição passiva diante dos acontecimentos negativos da vida. Para as autoras, resignação é a crença de que, diante de situações difíceis, nada pode ser feito para mudá-las. Índices mais elevados nesse fator implicariam diminuição da capacidade de superação humana; (d) competência pessoal, considerada o conhecimento das próprias capacidades e potencialidades e de seus limites e (e) persistência diante das dificuldades que dizem respeito a suportar os eventos adversos e/ou as situações difíceis, com confiança e perseverança (Emilio & Martins, 2012). Trata-se de uma escala com 32 itens agrupados em cinco fatores: F1- aceitação positiva de mudanças, 10 itens ( $\alpha = 0,84$ ); F2- espiritualidade, 6 itens ( $\alpha = 0,90$ ); F3- resignação, 7 itens ( $\alpha = 0,73$ ); F4- competência pessoal, 5 itens ( $\alpha = 0,72$ ); F5 - persistência diante de dificuldades, 5 itens ( $\alpha = 0,78$ ). As respostas são dadas em escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 = nunca é verdade; 4 = sempre é verdade). Para retenção dos itens definiu-se carga fatorial mínima de 0,40. O  $\alpha$  de Cronbach total da escala foi de 0,83.

A escala apresentou índice de confiabilidade igual a 0,77 para a amostra do estudo. Os alphas dos cinco fatores variaram de 0,48 a 0,74, sendo que se verificou que esses valores não melhorariam caso algum item fosse excluído de determinado fator. Como o melhor  $\alpha$  observado foi o da escala geral (0,77), optou-se por trabalhar o construto de forma unifatorial. Optou-se ainda por trabalhar com a escala completa com 32 itens e não com a forma reduzida composta de 23 itens, pois observou-se que a forma reduzida não melhorou a consistência interna.

- Questionário WHOQOL-HIV Bref (Anexo D). Instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, em versão brasileira abreviada do instrumento completo (120 itens), validada por Zimpel e Fleck (2005). Este questionário avalia especificamente a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids e é constituído por 31 itens, distribuídos em seis domínios: físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso), psicológico (sentimentos positivos, pensamento, memória, aprendizado e concentração), nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, dependência de medicação e tratamento, capacidade para o trabalho), relações sociais (relacionamentos, suporte social, atividade sexual), meio ambiente (segurança física, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde: disponibilidade e qualidade, ambiente no lar, oportunidades de acesso a novas informações, participação em atividades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima e transporte) e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (crenças pessoais, religiosas e espirituais), sendo duas relacionadas à percepção individual do paciente sobre sua qualidade de vida e saúde global e cinco questões especificamente relacionadas à soropositividade. As questões são individualmente pontuadas em uma escala *Likert* de cinco pontos, variando de cinco (melhor percepção da QV) a um (pior percepção da QV). Dessa forma, escores mais altos indicam melhor qualidade de vida percebida (WHOQOL GROUP, 2003; Zimpel, 2003). O coeficiente  $\alpha$  de Cronbach obtido foi de 0,77. Tal instrumento foi escolhido por ser o mais referido na literatura como

instrumento de avaliação da qualidade de vida em HIV/aids, por ser ampla e internacionalmente difundido e desenvolvido sob uma metodologia criteriosa pela Organização Mundial da Saúde (Pedroso et al., 2012).

Os índices deste instrumento foram calculados segundo a sintaxe sugerida pelo Grupo WHOQOL no Brasil, encontrada no *site* do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As questões formuladas negativamente no WHOQOL-HIV foram invertidas, precedendo o cálculo dos escores das facetas que, agrupadas, resultam nos valores de cada domínio. Os escores dos domínios variam de 4 a 20, refletindo a pior e a melhor QV, respectivamente. Para análise da distribuição dos pacientes quanto aos escores dos domínios da QV foram consideradas ainda três categorias: inferior (de 4 a 10 pontos), intermediária (de 10,1 a 14,9) e superior (de 15 a 20) (Santos et al., 2007).

Como não se encontrou um índice que abrangesse todas as questões do instrumento, comparável ao índice total que foi computado para a escala de enfrentamento religioso e EAR, foi calculado um índice total para o instrumento WHOQOL-HIV Bref por meio da seguinte fórmula:  $QV_{total} = \text{média}(\text{dom1}, \text{dom2}, \text{dom3}, \text{dom4}, \text{dom5}, \text{percepção geral da QV e satisfação com a saúde})$ , mantendo a sintaxe original de cada um, conforme sugerido por Panzini (2004).

Computou-se, também, o valor de *alpha* de Cronbach para medir a consistência interna dos itens da escala e de cada domínio no presente estudo. Obteve-se valor de *alpha* de Cronbach de 0,92 para o total dos 31 itens do WHOQOL-HIV Bref e valores  $\geq 0,60$  nos domínios físico (0,67), psicológico (0,75), independência (0,60), relações sociais (0,74), meio ambiente (0,76), espiritualidade e crenças pessoas (0,61).

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (UnB), segundo recomendação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para autorização acerca da realização do estudo, tendo sido aprovado mediante Protocolo nº 993.672 (Anexo E) Posteriormente, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde os dados foram coletados, como consta no Protocolo nº 1004386 (Anexo F).

Após a aprovação pelos dois comitês de ética, a fim de testar a adequação dos instrumentos, foi realizada uma aplicação piloto em cinco pacientes HIV+, acompanhados em uma unidade de saúde localizada na cidade de Brasília. Diante da constatação acerca da necessidade de adequação da sequência dos instrumentos e dos itens do questionário geral, e como houve necessidade de ajustes nos procedimentos de coleta de dados, esses foram efetuados para se proceder à coleta definitiva.

A amostra foi selecionada por conveniência e foram convidados a participar os indivíduos que frequentaram o ambulatório durante a semana em ambos os períodos, entre abril e julho de 2015. Os pacientes foram convidados pela pesquisadora responsável e por uma auxiliar de pesquisa (psicóloga

previamente treinada pela própria pesquisadora) no ambulatório de um hospital localizado na cidade de Goiânia, enquanto aguardavam a realização de algum procedimento (exames laboratoriais, consulta médica e/ou atendimento psicológico) ou quando estavam no serviço para a busca de medicamentos ARV na farmácia. A coleta de dados que foi realizada no próprio ambulatório do hospital ocorreu no mesmo dia ou em outros momentos previamente definidos de conveniência do participante, em dia e horário agendados.

Nos dias de coleta de dados, as pesquisadoras inicialmente identificavam na recepção do ambulatório, os prontuários de pacientes com HIV/aids que atendiam os critérios de inclusão previamente definidos. Esse procedimento foi acordado com a coordenação do ambulatório e sua equipe. Uma vez localizados os pacientes soropositivos, esses foram convidados individualmente a participar do estudo. Ao serem contatados, os pacientes foram informados acerca da natureza e objetivos do estudo, o caráter voluntário de sua participação, o não recebimento de incentivo financeiro e sigilo de sua identidade. Em caso de resposta afirmativa e mediante a concordância de cada um, foi solicitado que assinassem, antes da aplicação dos instrumentos, o TCLE (Anexo G), que formaliza a concordância em participar voluntariamente. Foi assegurada aos pacientes a manutenção dos atendimentos e/ou outros serviços realizados no hospital mesmo que este se recuse a participar do estudo e a possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento do processo, sem ônus para a pessoa e prejuízo na sua relação com a instituição onde era atendido e acompanhado.

A aplicação dos instrumentos foi individual, realizada pela pesquisadora ou pela auxiliar de pesquisa no ambulatório, e em um único encontro de aproximadamente 60 minutos. A forma de preenchimento dos instrumentos foi explicada lendo-se em voz alta as instruções de cada um pelo pesquisador com o participante acompanhando a leitura. Assegurando-se que as instruções foram devidamente compreendidas, o instrumento foi autoaplicado e os participantes os responderam mediante aplicação assistida. Quando necessário, dúvidas eventuais foram esclarecidas para que todos os itens fossem preenchidos. Foi solicitado ainda que o participante não deixasse nenhuma questão em branco. A sequência de aplicação dos instrumentos foi: Escala Breve de Enfrentamento Religioso; Escala de Avaliação de Resiliência, WHOQOL-HIV Bref e por fim, o Questionário geral. Também foram acessados os prontuários dos pacientes para a coleta de dados referentes aos marcadores biológicos como exames mais recentes de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+.

No momento da aplicação, cada TCLE foi numerado sendo que os questionários daquele participante receberam o mesmo número do TCLE. Terminada a aplicação, o TCLE foi enviado para um arquivo separado dos instrumentos de coleta de dados, de responsabilidade da pesquisadora, de forma que apenas um número estivesse assinalado nos instrumentos, garantindo o sigilo acerca da identificação dos pacientes. Essa forma de organização dos instrumentos permitiu também a rastreabilidade do paciente caso ele quisesse desistir de participar da pesquisa. Convém lembrar que este estudo não fez uso de informações de imagem dos participantes, de modo que a proteção da imagem dos mesmos manteve-se salvaguardada.

Apesar dos instrumentos não oferecerem risco imediato aos sujeitos do estudo, considerou-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à autoavaliação de comportamento, história de vida e infecção pelo HIV, além de investigar aspectos diversos como qualidade de vida, *coping* e resiliência. O possível risco subjetivo se referiu à lembrança que a história de vida desses pacientes e da infecção pelo HIV poderia causar. É importante ressaltar que, sempre que necessário, deve-se oferecer apoio psicológico a pacientes vulneráveis não apenas por sua condição clínica, mas também por outros fatores, como condição socioeconômica e ausência de suporte social. Conforme registrado no projeto do presente estudo, os pacientes que se mostrassem psicologicamente vulneráveis seriam encaminhados a um serviço de apoio psicológico do hospital, conforme previamente acordado com a coordenadora do setor. Porém, essa demanda não foi identificada e nenhum paciente foi encaminhado.

Os dados da pesquisa foram e serão mantidos em arquivo, físico e digital sob guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos. Após esse período, os arquivos serão eliminados e os questionários serão incinerados.

### **Análise de Dados**

Os dados foram computados e analisados no *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences for Windows*) versão 20, mediante o uso de técnicas descritivas e inferenciais pertinentes aos objetivos do estudo. Foi utilizado o nível de significância estatística de 5%. Cabe ressaltar que antes das análises estatísticas foram identificadas e completadas algumas poucas omissões de respostas nas escalas utilizadas, correspondendo a menos de 1% das respostas, que foram substituídas pela média dos respectivos itens. Ademais, análises de consistência interna dos instrumentos padronizados utilizados mostraram sua adequação para as análises estatísticas subsequentes.

Inicialmente foram feitas análises descritivas que incluíram: média, mediana, desvio padrão, assimetria, curtose e valores máximo e mínimo para as variáveis contínuas; e frequência e proporção para as variáveis categóricas. A normalidade da distribuição das variáveis critério (QV) e predictoras – resiliência e modalidades de *coping* religioso – foi investigada mediante os histogramas, com dados de dispersão, os valores de *skewness* e *kurtosis*, bem como pelo teste Kolmogorov-Smirnov. O pressuposto de normalidade foi violado para as variáveis *coping* religioso positivo ( $KS = 2,51, p < 0,001$ ), *coping* religioso negativo ( $KS = 2,08, p < 0,001$ ) e *coping* geral ( $KS = 1,65, p < 0,05$ ), sendo que resiliência ( $KS = 0,66, p < 0,77$ ) e qualidade de vida ( $KS = 0,78, p < 0,58$ ) não sofreram violações da normalidade. Não foram efetuadas transformações (logaritmo, raiz quadrada e inverso) das três variáveis que violaram o pressuposto da normalidade, optando-se por manter o banco de dados original. Gráficos de dispersão entre pares de variáveis não revelaram ausência de linearidade.

Em seguida, análises de correlações de Pearson e Spearman foram computadas para acessar possíveis relações bivariadas entre as variáveis de interesse. Após examinar a distribuição normal dos subgrupos da amostra, foram realizados Testes-t de *Student* para amostras independentes (e seu



equivalente não paramétrico) a fim de comparar as médias das variáveis entre diferentes grupos (sexo, escolaridade, conjugalidade e idade) em relação às variáveis resiliência, *coping* religioso e qualidade de vida.

Para avaliar a duração do tempo desde o diagnóstico e do tempo de uso da medicação ARV, os participantes foram divididos em três grupos, assim como em relação aos dados de CD4 e carga viral. Análises de variância (Teste ANOVA com *post hoc* de Tukey) foram utilizadas para comparar as médias dos escores de três níveis de tempo de diagnóstico (até um ano, dois a cinco anos e mais de 6 anos), bem como o tempo de uso de medicação ARV (até um ano, de dois a seis anos e mais de seis anos), carga viral e CD4 com as variáveis desfecho.

Foram testados dois modelos de regressão linear múltipla com o objetivo de verificar quais variáveis explicariam melhor qualidade de vida e resiliência para a presente amostra, de um conjunto de variáveis demográficas, clínicas e psicossociais. As análises multivariadas foram conduzidas a partir dos resultados das análises bivariadas, de modo que variáveis com valores *p* menores que 0,05 entraram nas análises de regressão. Foram selecionadas para as análises multivariadas as variáveis que foram significativamente relacionadas à resiliência e qualidade de vida nos testes bivariados. Detalhes dos procedimentos preliminares que precederam as regressões múltiplas estão descritos no tópico Resultados.

## CAPÍTULO 5

### Resultados

A apresentação dos resultados está dividida em tópicos, iniciando pela caracterização sociodemográfica bem como quanto aos aspectos médico-clínicos e religiosos da amostra. Em seguida, estão apresentadas as análises descritivas das variáveis *coping* religioso, resiliência e qualidade de vida e as associações bivariadas dessas variáveis entre si e com aspectos sociodemográficos, médico-clínicos e religiosos. Por fim, os procedimentos realizados nas análises multivariadas estão descritos juntamente com dois modelos de regressão múltipla padrão que resultaram destas análises.

#### Caracterização Sociodemográfica, Religiosa e Médico-Clínica da Amostra

Participaram do estudo 200 pessoas com HIV/aids, sendo que 105 (52,5%) eram homens. Os participantes tinham entre 19 e 65 anos de idade, média etária de 39 anos ( $DP = 10,9$ ; mediana = 38). Quanto à conjugalidade, 77 (38,7%) viviam com esposo(a) ou companheiro(a), 94 (47,2%) eram solteiros(as) e 28 (14,1%) separados(as), divorciados(as) ou viúvos(as). A escolaridade oscilou entre ensino fundamental incompleto ( $n = 60$ ; 30%) a ensino superior completo ( $n = 15$ ; 7,5%), sendo que 8% ( $n = 16$ ) possuíam ensino fundamental completo e 31% ( $n = 62$ ) o ensino médio completo. Ademais, 14% ( $n = 28$ ) não haviam concluído o ensino médio e 9,5% ( $n = 19$ ) o ensino superior. A maioria dos participantes tinha filhos ( $n = 115$ ) sendo que 12,5% ( $n = 25$ ) possuíam um filho, 22,5% ( $n = 45$ ) tinham dois filhos, 14% ( $n = 28$ ) três filhos. Os demais ( $n = 17$ , 8,5%) possuíam de quatro a 11 filhos. Menos da metade da amostra não tinha filhos ( $n = 85$ ; 42,5%),

A maioria dos participantes informou que não tinha outra pessoa soropositiva na família (67,5%,  $n=135$ ). Dos 65 que responderam positivamente, alguns relataram esposo(a) ou companheiro(a) atual soropositivo ( $n = 32$ ; 16%), o ex-esposo(a) ou companheiro(a) ( $n = 19$ ; 9,5%), filho(a) ( $n = 2$ ; 1%) ou outra pessoa soropositiva na família ( $n = 10$ ; 5%) como cunhados, irmãos, namorados, primos, sobrinhos e tios. Duas pessoas (1%) referiram que, tanto o(a) esposo(a) ou companheiro(a) atual quanto outra pessoa na família, eram soropositivos.

Quanto à situação profissional, 33% ( $n = 66$ ) declararam ter trabalho fixo com e sem direitos trabalhistas, e 19,5% ( $n = 39$ ) trabalhavam como autônomos regulares e/ou eventuais. Quase a metade da amostra não estava trabalhando: 28% ( $n = 56$ ) estavam desempregados, 12,5% ( $n = 25$ ) aposentados e 7% ( $n = 14$ ) recebiam benefício continuado. Predominaram níveis baixos de renda familiar com base na soma de salários das pessoas que viviam na mesma casa: metade da amostra ( $n = 99$ ; 50,3%) vivia com até um salário mínimo; 37,1% ( $n = 73$ ) com dois a três salários; 7,1% ( $n = 14$ ) com quatro a cinco salários, 3,6% ( $n = 7$ ) com cinco a dez salários e 2% ( $n = 4$ ) com mais de 11 salários.

Em relação aos dados clínicos, os pacientes haviam recebido o diagnóstico, em média, há sete anos ( $DP = 6,3$ ), sendo 27 anos ( $n = 1$ ; 0,5 %) o maior tempo de diagnóstico, e menos de 12 meses o menor tempo relatado, informado por 29 (14,5%) participantes. O tempo médio de uso de ARV foi de seis anos ( $DP = 6,0$ ) variando de menos de um ano a 25 anos. Cento e noventa e quatro participantes (97%) referiram fazer uso dos ARV, o que era esperado considerando as políticas públicas nacionais de uso da TARV independente da contagem de linfócitos T CD4+ e da carga viral, e devido à coleta de dados ter sido feita com pessoas que estavam vinculadas ao hospital que é unidade de referência de tratamento para HIV/aids. Os seis casos que não estavam em uso de TARV referiram interrupção por conta própria, início do tratamento, entre outras razões. Além disso, o hospital, onde os dados foram coletados, possui um serviço específico para pacientes com dificuldades na adesão ao tratamento. No entanto, os pacientes atendidos por esse setor não constituíram amostra deste estudo.

Dos que tomavam a medicação, 173 pessoas (86,5%) percebiam sua adesão como boa ou muito boa, o que é coerente com o fato de que a maioria ( $n = 123$ ; 61,5%) apresentava carga viral indetectável (menor ou igual a 50 cópias/mL), indicador de eficácia do tratamento antirretroviral. Ainda com relação à caracterização do quadro clínico, tanto a carga viral quanto o número de células CD4+ apresentaram alta variabilidade entre os participantes. A carga viral plasmática medida pela quantidade de cópias virais por mililitro (mL) de sangue periférico (cópias/ml) oscilou entre 50 e 589.481 cópia ( $M = 17.426,98$ ,  $DP = 62.555,027$ ). Os valores da contagem dos linfócitos T CD4+ (número de células por milímetro cúbico de sangue) variaram de 5 a 1848 células/mm<sup>3</sup> ( $M = 587,48$ ;  $DP = 338,837$ ). A Tabela 1 sumariza os dados sociodemográficos e médico-clínicos da amostra.

No que se refere aos dados sobre aspectos religiosos, apenas um participante afirmou não acreditar em Deus. A maioria (93,4%,  $n = 185$ ) relatou que sempre acreditou em Deus e 136 (68%) possuíam crenças em uma religião específica, sendo a maioria evangélica (38%), seguidos de católicos (20,5%) e espíritas (7,5%).

Quanto à mudança de afiliação religiosa na vida, 71 (35,5%) declararam ter mudado de religião, sendo a religião católica aquela com maior número de evasões ( $n = 56$ ; 27,9 %) e a evangélica a de maior migração ( $n = 47$ ; 23,4 %), sendo que a maioria mudou a filiação religiosa de católico para evangélico ( $n = 44$ ; 21,9%).

A percepção de influências de práticas e crenças religiosas na maneira como as pessoas lidavam com a saúde, também foram pesquisadas para complementar as informações sobre enfrentamento religioso.

Tabela 1

*Dados Sociodemográficos e Médico-clínicos da Amostra Global (N = 200)*

Variáveis		Frequência <i>n</i> (%)
Sexo	Masculino	105 (52,5)
	Feminino	95 (47,5)
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	60 (30,0)
	Ensino fundamental completo	16 (8,0)
	Ensino médio incompleto	28 (14,0)
	Ensino médio completo	62 (31,0)
	Ensino superior incompleto	19 (9,5)
	Ensino superior completo	15 (7,5)
Renda	Até um salário mínimo	99 (50,3)
	De dois a três salários mínimos	73 (37,1)
	De quatro a cinco salários mínimos	14 (7,1)
	De cinco a dez salários mínimos	7 (3,6)
	Mais de onze salários mínimos	4 (2,0)
Situação conjugal	Solteiro(a)	94 (47,2)
	Vive com esposo(a) ou companheiro(a)	77 (38,7)
	Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)	28 (14,1)
Tempo de diagnóstico	Até um ano	51 (25,5)
	De dois a cinco anos	54 (27,0)
	Mais de seis anos	95 (47,2)
Tempo de uso dos ARV	Até um ano	61 (30,3)
	De dois a seis anos	64 (31,8)
	Sete anos ou mais	76 (37,8)
Adesão	Muito boa	102 (51,0)
	Boa	71 (35,5)
	Regular	17 (8,5)
	Precária	2 (1,0)
	Ruim	2 (1,0)
	Não faz uso	6 (3,0)

Inicialmente, pesquisou-se o impacto do diagnóstico de sorologia positiva para HIV na afiliação religiosa, mostrando que em 82,3% ( $n = 163$ ) dos casos, não houve referência à mudança de religião ou de crença religiosa desde o recebimento do diagnóstico de soropositividade. Apenas 14,6% ( $n = 29$ ) referiram que mudaram de religião ou crença depois do diagnóstico. Uma minoria igual a 1,5% ( $n = 3$ ) não tinha religião e passaram a ter e outros 1,5% ( $n = 3$ ) deixaram de professar crenças religiosas em decorrência da soropositividade. Na mesma direção, a frequência de práticas religiosas também não mudou para grande parte dos entrevistados ( $n = 115$ ; 58,1%), porém 34,8% ( $n = 69$ )

afirmaram que aumentou e 6,6% ( $n = 13$ ) declararam praticar menos a religião desde o recebimento do diagnóstico.

A maioria dos participantes ( $n = 185$ ; 92,9%) indicou que sua fé era um fator importante ou muito importante em suas vidas, inclusive que esta tem ajudado ou tem ajudado muito no manejo do estresse ( $n = 164$ ; 82%). Apenas 12 participantes (6%) afirmaram que sua religiosidade não tem ajudado a lidar com situações estressantes vivenciadas. Quando perguntadas se acreditavam que a religiosidade poderia influenciar seu estado de saúde, a maioria relatou que sua religiosidade influenciava na saúde no sentido de ajudar positivamente ( $n = 145$ ; 72,9%). Um único participante mencionou que havia uma influência no sentido de prejudicar a saúde. Outros ( $n = 51$ ; 25,6%) mencionaram que não influenciava nem positiva nem negativamente.

Uma medida de religiosidade que tem sido bastante citada na literatura diz respeito às práticas religiosas públicas que se referem à frequência de ida a igrejas ou a locais de culto religioso. Ao fazer uma estimativa dos últimos três meses, 21,5% ( $n = 50$ ) dos pacientes declararam frequentar igrejas mais de duas vezes na semana; 21,1% ( $n = 42$ ) pelo menos uma vez na semana e 22,6% ( $n = 45$ ) informaram que não frequentaram nenhuma vez. A Tabela 2 resume as principais características religiosas/espirituais dos participantes.

Tabela 2

*Distribuição dos Participantes de Acordo com Características Religiosas/Espirituais (N=200)*

Variáveis		Frequência <i>n</i> (%)
Crença em Deus	Acredita em Deus	197 (99,5)
	Não acredita em Deus	1 (0,5)
	Não informou	2 (1)
Tempo de crença em Deus	Sempre acreditou	185 (93,4)
	Há um ano	2 (1)
	Há cinco anos	4 (2)
	Há dez anos ou mais	7 (3,5)
Afiliação religiosa referida	Evangélico (a)	76 (38,0)
	Católico (a)	41 (20,5)
	Espírita	15 (7,5)
	Outros (judeu, wicca, candomblé)	4 (2,0)
Importância da fé	Muito importante	133 (66,8)
	Importante	52 (26,1)
	Mais ou menos importante	3 (1,5)
	Pouco importante	5 (2,5)
	Nada importante	5 (2,5)
	Não possui	1 (0,5)
		12 (6,0)

Ajuda da religião para lidar com fatores estressantes	Não tem ajudado	11 (5,5)
	Tem ajudado pouco	11 (5,5)
	Tem ajudado mais ou menos	85 (42,5)
	Tem ajudado	79 (39,5)
	Tem ajudado muito	
Frequência de comparecimento a cultos religiosos nos últimos 3 meses	Nenhuma	45 (22,6)
	Uma ou duas vezes em três meses	28 (14,1)
	Uma ou duas vezes/mês	31 (15,6)
	Uma vez na semana	42 (21,1)
	Duas ou mais vezes na semana	50 (25,1)
	Todo dia	3 (1,5)

### **Análise e Descrição do *Coping* Religioso**

Estatísticas descritivas revelaram que o escore médio do CRP foi maior que o do CRN, sendo 3,52 ( $DP = 0,52$ ) e 1,71 ( $DP = 0,68$ ), respectivamente, o que sugere predomínio no uso do padrão positivo de enfrentamento religioso nessa população, ou seja, os participantes utilizavam mais CRP do que CRN, indicador de modos mais adaptativos de enfrentamento religioso para lidar com estressores relativos à soropositividade.

Em relação à escala CR total, os participantes alcançaram, em média, um valor de utilização do *coping* religioso igual a 3,40 ( $DP = 0,41$ ;  $Md = 3,50$ ), indicando que esta é uma modalidade de enfrentamento utilizada por pacientes vivendo com HIV/aids para lidar com sua condição de soropositividade. A Tabela 3 apresenta os valores máximos e mínimos, médias e desvios-padrão da escala CR.

Tabela 3

*Médias, Desvios-padrão, Medianas, Valores Máximos e Mínimos da Escala CR (N=200)*

Fatores	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Máximo	Mínimo
<i>Coping</i> Religioso Positivo	3,52	0,52	3,71	4,0	1,7
<i>Coping</i> Religioso Negativo	1,71	0,68	1,60	4,0	1,0
<i>Coping</i> Religioso Total	3,40	0,41	3,50	4,0	2,2

Os dados indicaram um relacionamento ortogonal entre as escalas de CRP e CRN de modo que não foi encontrada correlação a partir de teste não paramétrico ( $r_s = 0,12$ ;  $p = 0,08$ ), indicando que ambas estão medindo padrões distintos do *coping*. A correlação entre *coping* religioso total, CRN e CRP foi significativa em nível de 0,001, o que é compreensível por se tratar de um mesmo construto. Porém, a direção dessa associação foi positiva para o CRP e negativa para o CRN, indicando que pessoas que fazem maior uso de *coping* religioso também utilizam mais estratégias positivas do que negativas. A magnitude desta relação foi maior para o CRN ( $r_s = -0,73$ ) do que para o CRP ( $r_s = 0,50$ ).

Dessa forma, uma variedade de estratégias de *coping* religioso foi identificada (Tabela 4). Especificamente, a mais utilizada pelos participantes do estudo foi buscar amor e cuidado de Deus ( $n = 166$ ; 83%). Entre as médias alcançadas pelos itens de CRP, aquele que apresentou maior valor foi “buscar amor e cuidado de Deus” ( $M = 3,75$ ) e o menor foi “foco religioso” ( $M = 2,77$ ). Quanto aos itens do CRN, o que mostrou maior média foi “perguntar se Deus abandonou” ( $M = 1,96$ ) e a menor foi “duvidar do poder de Deus” ( $M = 1,25$ ). A Tabela 4 demonstra a frequência da distribuição de cada uma das estratégias de CR positivos e negativos.

Tabela 4

*Frequência da Distribuição das Estratégias de Coping Religioso, Segundo as Respostas aos Itens*

<b>Estratégias de coping religioso positivo</b>	Nunca	Um pouco	Algumas vezes	Quase sempre
Procuro uma ligação mais forte com Deus	3	15	20	162
Busco amor e o cuidado de Deus	3	11	20	166
Procuro a ajuda de Deus para me livrar da minha raiva ou rancor	15	13	33	139
Tento colocar meus planos em ação juntamente com Deus	3	14	32	151
Tento perceber como Deus estaria tentando me fortalecer com essa situação	5	11	35	149
Peço perdão pelos meus pecados	9	14	26	151
Me concentro na religião para parar de me preocupar com deus problemas	49	26	48	77
<b>Estratégias de coping religioso negativo</b>	Nunca	Um pouco	Algumas vezes	Quase sempre
Pergunto a mim mesmo se Deus me abandonou	107	25	37	31
Sinto que sou punido por Deus por causa da minha falta de devoção	123	18	26	33
Me pergunto o que fiz para ser punido	113	20	31	36
Questiono o amor que Deus tem por mim	139	15	16	30
Me pergunto se a minha igreja ou meu grupo religioso me abandonou	159	20	14	7
Chego à conclusão que foi o diabo que fez isso acontecer	117	22	16	45
Coloco em dúvida o poder de Deus	174	9	10	7

Várias das estratégias foram moderadamente inter-relacionadas o que sugere que pessoas não fazem uso de uma única modalidade, mas em combinações, reforçando o pressuposto da

multidimensionalidade do *coping* religioso.

Foram realizados testes *U de Mann-Whitney* com os fatores da escala CR a fim de investigar a diferença na utilização dos aspectos positivos e negativos segundo o gênero, escolaridade, situação conjugal e idade. Conforme pode ser observado na Tabela 5, embora os escores médios do CRP e do CRN tenham sido maiores para as mulheres, a diferença dos escores médios das estratégias de *coping* religioso entre os sexos não foi significativa, sugerindo que homens e mulheres não diferiram quanto ao uso do CRP ( $U = -1,52; p = 0,13$ ), negativo ( $U = -1,45; p = 0,15$ ) e total ( $U = -0,13; p = 0,89$ ).

No que concerne à escolaridade, a diferença foi significativa para o uso do CRN ( $U = 2,98; p = 0,002$ ) de modo que participantes com nível menor de escolaridade utilizavam mais o CRN. O CRP ( $U = 1,88; p = 0,06$ ) não foi diferente no que tange à escolaridade alta ou baixa, tampouco o *coping* religioso total ( $U = 1,15; p = 0,25$ ). No que concerne à idade, pessoas com até 38 anos e 39 e mais não diferiram quanto ao CRN ( $U = -1,88; p = 0,17$ ), mas houve diferença significativa em relação ao *coping* positivo ( $U = -2,12; p = 0,03$ ) e total ( $U = -2,44; p = 0,015$ ).

Quanto à situação conjugal, estar só ou ter um companheiro (a) não alcançou escores médios diferentes em relação à variável *coping* religioso positivo ( $U = -0,01; p = 0,99$ ), negativo ( $U = -0,46; p = 0,65$ ) e *coping* total ( $U = -0,14; p = 0,88$ ).

Foram ainda investigadas diferenças nas variáveis desfechos entre pacientes com diferentes tempos de diagnóstico, tempo de uso de medicação ARV, quantidade de células CD4+ e carga viral mediante análise de variância (ANOVA) não paramétrica. O Teste H de Kruskal-Wallis mostrou que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, segundo o tempo de diagnóstico de até um ano, de dois a cinco anos e com mais de seis anos quanto ao uso do CRP ( $H = 0,42; p = 0,81$ ), negativo ( $H = 0,24; p = 0,88$ ) e *coping* religioso total ( $H = 1,12; p = 0,57$ ).

Este teste identificou ainda que o tempo de uso da medicação ARV não se apresentou como uma variável que se associa diferencialmente quanto ao uso do *coping* religioso total ( $H = 2,36; p = 0,31$ ) e dos padrões positivos ( $H = 3,35; p = 0,19$ ) e negativos ( $H = 0,11; p = 0,94$ ), o que significa que pessoas que tomavam a medicação em um período de até um ano, de dois a seis anos e sete anos ou mais não diferiram quanto à religiosidade como recurso de enfrentamento da condição de soropositividade.

A diferença entre as médias de *coping* religioso em participantes com níveis de células CD4 também não foi significativa, de modo que ter até 200, de 201 a 500 e mais que 501 células T CD4+ não se associaram a maior ou menor uso de *coping* religioso positivo ( $H = 0,41; p = 0,81$ ), negativo ( $H = 1,80; p = 0,40$ ) e total ( $H = 1,04; p = 0,60$ ).



Tabela 5

*Escores Médios de Coping Religioso Segundo Sexo, Escolaridade, Idade e Situação Conjugal (N = 200)*

CR Positivo		M	DP	Teste de Mann-Whitney
Sexo	Homens	3,45	0,57	-1,52
	Mulheres	3,58	0,46	
Escolaridade	≤ ensino médio incompleto	3,59	0,46	1,88
	≥ ensino médio completo	3,44	0,58	
Idade	Até 38 anos	3,44	0,56	-2,12**
	39 e mais	3,60	0,48	
Situação conjugal	Vive com parceiro/a	3,52	0,53	-0,01
	Vive sem parceiro/a	3,52	0,52	
CR Negativo		M	DP	Teste de Mann-Whitney
Sexo	Homens	1,65	0,66	-1,45
	Mulheres	1,78	0,69	
Escolaridade	≤ ensino médio incompleto	1,84	0,69	2,98**
	≥ ensino médio completo	1,56	0,63	
Idade	Até 38 anos	1,77	0,68	-1,88
	39 e mais	1,65	0,67	
Situação conjugal	Vive com parceiro/a	1,75	0,72	-0,46
	Vive sem parceiro/a	1,67	0,65	
CR geral		M	DP	Teste de Mann-Whitney
Sexo	Homens	3,41	0,41	-0,13
	Mulheres	3,40	0,41	
Escolaridade	≤ Ensino médio incompleto	3,37	0,42	-1,15
	≥ Ensino médio completo	3,44	0,40	
Idade	Até 38 anos	3,34	0,41	-2,44*
	39 e mais	3,47	0,39	
Situação conjugal	Vive com parceiro/a	3,39	0,46	-0,14
	Vive sem parceiro/a	3,42	0,38	

\*  $p \leq 0,05$     \*\*  $p \leq 0,01$

O nível de carga viral não diferiu os grupos de participantes com carga viral até 50 cópias/ml (indetectável), de 51 a 5000 cópias/ml e com mais de 5001 cópias/ml de forma significativa quanto aos escores médios de *coping* religioso positivo ( $H = 5,08$ ;  $p = 0,80$ ) e *coping* religioso negativo ( $H = 4,64$ ;  $p = 0,09$ ). No entanto, quanto ao *coping* religioso total observou-se uma diferença significativa ( $H = 11,42$ ;  $p = 0,003$ ) entre o grupo de pessoas com carga viral indetectável ( $M = 3,47$ ;  $DP = 0,40$ ), o que tinha de 51 a 5000 cópias/ml ( $M = 3,33$ ;  $DP = 0,42$ ) e aquele com mais de 5001 cópias/ml ( $M = 3,25$ ;  $DP = 0,37$ ), indicando mais utilização de coping religioso total pelas pessoas com carga viral indetectável.

### **Análise e Descrição das Dimensões de Resiliência**

Os participantes, em geral, apresentaram bons níveis de resiliência ( $M = 3,06$ ;  $DP = 0,41$ ; máximo = 3,9; mínimo = 1,75) sendo, portanto, capazes de enfrentar as dificuldades decorrentes da soropositividade e de aprender com elas. No entanto houve variabilidade na amostra, indicando a diversidade de níveis de resiliência entre os participantes. Conforme se pode observar na Tabela 6, os fatores que compõem a variável resiliência alcançaram médias que variaram de 2,39 no fator resignação ( $DP = 0,91$ ) a 3,51 no fator espiritualidade ( $DP = 0,65$ ). O fator competência pessoal apresentou média de 2,55 ( $DP = 0,81$ ), seguido pelo fator aceitação positiva de mudanças ( $M = 3,40$ ;  $DP = 0,53$ ) e persistência diante das dificuldades ( $M = 3,44$ ;  $DP = 0,62$ ). Assim, a maioria dos fatores ficou ao redor do ponto três da escala de resiliência (frequentemente é verdade), indicando que os participantes percebiam-se capazes de enfrentar as adversidades da vida por causa de sua alta percepção de persistência, capacidade de adaptar-se às mudanças e espiritualidade. Além disso, às vezes (ponto dois da escala) conseguiam avaliar suas capacidades e limites perante algumas situações.

Tabela 6

*Médias, Desvios-padrão, Medianas, Valores Máximos e Mínimos da EAR (n=199)*

Fatores	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Espiritualidade	3,51	0,65	3,83	0,0	4,3
Persistência diante das dificuldades	3,44	0,62	3,50	0,0	4,0
Aceitação ou adaptação de mudanças	3,40	0,53	3,50	1,4	4,0
Competência pessoal	2,55	0,81	2,60	0,0	4,0
Resignação	2,39	0,91	2,57	0,0	4,0
Resiliência (escore total)	3,06	0,41	3,08	1,75	3,9

Os resultados mostraram que todos os fatores da escala correlacionaram significativamente com a escala global (0,44 a 0,66;  $p = 0,01$ ) sendo que as associações mais fortes foram com aceitação positiva ( $r_s = 0,66$ ), persistência diante das dificuldades ( $r_s = 0,64$ ) e competência pessoal ( $r_s = 0,63$ ).

As correlações mais fracas foram com espiritualidade ( $r_s = 0,44$ ) e resignação ( $r_s = 0,54$ ), que apresentaram correlações significativas entre eles ( $r_s = 0,28$  a  $0,41$ ;  $p = 0,01$ ), embora a maioria das associações entre os fatores da EAR tenha sido não significativa. O fator resignação, por exemplo, não se associou a nenhum outro de forma significativa. Pode-se observar que todos os fatores apresentaram uma correlação mais elevada com a escala global do que entre eles, indicando que, embora os fatores representem dimensões independentes, compartilham de um construto comum subjacente, que está presente na escala global de resiliência (EAR).

Os coeficientes de correlação indicaram que resiliência, como escore global, se associou significativa e positivamente ao CRP ( $r_s = 0,37$ ;  $p = 0,01$ ) e ao *coping* religioso total ( $r_s = 0,36$ ;  $p = 0,000$ ) indicando que participantes que fizeram maior uso dos aspectos positivos do *coping* religioso e das estratégias de *coping* religioso em sua totalidade apresentaram nível de resiliência mais elevado. Com o *coping* religioso negativo essa associação foi mais fraca e negativa, mas alcançou significância estatística ( $r_s = -0,1$ ;  $p = 0,04$ ).

No que se refere às relações entre cada fator da resiliência com o *coping* religioso positivo, conforme identificadas nas análises das correlações de Spearman, pode-se perceber que a associação mais forte foi entre o fator espiritualidade ( $r_s = 0,72$ ;  $p = 0,001$ ), indicando que maior nível de espiritualidade esteve associado a maior utilização dos aspectos positivos do *coping* religioso. Com o fator aceitação positiva, a associação também foi significativa em nível de significância de  $0,01$  ( $r_s = 0,28$ ;  $p = 0,01$ ). Persistência diante das dificuldades associou-se significativamente com CRP ( $r_s = 0,22$ ;  $p = 0,002$ ). No que se refere à relação entre resignação e CRP, além de ser fraca, não foi estatisticamente significativa ( $r_s = 0,06$ ;  $p = 0,93$ ). Competência pessoal associou-se negativamente à CRP, mas a relação também não foi significativa ( $r_s = -0,01$ ;  $p = 0,88$ ).

Quanto às associações entre CRN e os fatores da EAR, a única que alcançou significância estatística foi com o fator resignação ( $r_s = -0,2$ ;  $p = 0,02$ ). Com os demais fatores as associações não foram significativas: aceitação positiva das dificuldades ( $r_s = -0,04$ ;  $p = 0,54$ ); espiritualidade ( $r_s = 0,08$ ;  $p = 0,2$ ); competência pessoal ( $r_s = -0,08$ ;  $p = 0,2$ ); persistência diante das dificuldades ( $r_s = -0,09$ ;  $p = 0,17$ ). É possível que esses achados possam refletir a importância diferencial dos fatores de resiliência no *coping* religioso e na qualidade de vida.

Além das associações dos fatores do *coping* religioso com os fatores da EAR, foram analisadas as correlações entre cada item e resiliência. Todos os itens do *coping* religioso positivo e que, portanto, constituíam o padrão positivo relacionaram-se significativamente com resiliência. A direção da relação foi positiva indicando que, quanto maior o uso de métodos positivos, maior resiliência. A correlação mais forte foi com a busca de amor e cuidado em Deus ( $r_s = 0,39$ ) bem como reavaliação benevolente ( $r_s = 0,30$ ). A menor foi com o método ajuda para livrar da raiva ( $r_s = 0,13$ ).

Em contrapartida, o relacionamento do *coping* negativo com resiliência foi negativo. Apenas dois itens relacionaram-se positivamente com essa variável (atribuir a culpa ao diabo e descontentamento com líderes e instituição religiosas), mas a associação não foi significativa. Além

destes dois itens, um deles não teve associação significativa com resiliência: o que fiz para ser punido. A correlação mais fraca foi com descontentamento com líderes e instituição religiosas ( $r_s = 0,04$ ) e a mais forte com questionar se Deus o abandonou ( $r_s = -0,20$ ), demonstrando que os coeficientes de correlação de Pearson foram menores entre essas estratégias de *coping* religioso e resiliência.

Análises de *teste t de Student* com amostras independentes identificaram que homens e mulheres não diferiram entre si de forma significativa quanto à variável resiliência ( $t = 1,33$ ;  $p = 0,18$ ), assim como os escores médios segundo a situação conjugal ( $t = 0,12$ ;  $p = 0,90$ ), escolaridade ( $t = -1,41$ ;  $p = 0,15$ ) e idade ( $t = -1,27$ ;  $p = 0,19$ ), conforme dados da Tabela 7.

Nas análises bivariadas entre situação médico-clínica e resiliência, uma ANOVA *one-way* para três faixas de tempo de diagnóstico ( $F = 0,42$ ;  $p = 0,66$ ) e de uso de medicação ARV ( $F = 1,03$ ;  $p = 0,35$ ), níveis de células CD4+ ( $F = 0,37$ ;  $p = 0,68$ ) e de carga viral ( $F = 1,26$ ;  $p = 0,30$ ) também não indicaram diferenças entre os escores médios dessas variáveis e resiliência.

Tabela 7

*Escore Médios de Resiliência Segundo Sexo, Escolaridade, Situação Conjugal e Idade (n= 199)*

	Variáveis	M	DP	t
Sexo	Homens	3,09	0,35	1,33
	Mulheres	3,02	0,45	
Escolaridade	≤ ensino médio	3,02	0,42	-1,41
	≥ ensino médio	3,10	0,38	
Situação conjugal	Vive com	3,06	0,43	0,12
	Vive sem	3,05	0,39	
Idade	Ate 38	3,02	0,44	-1,27
	39 e mais	3,09	0,37	

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$

### **Análise e Descrição da Qualidade de Vida**

O resultado da estatística descritiva dos domínios do instrumento WHOQOL-HIV Bref e de seu componente de percepção global da QV e satisfação com a saúde estão apresentados na Tabela 8 que sumariza a distribuição dos participantes.

Os escores de qualidade de vida são uma escala positiva de modo que quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida percebida. Nesse sentido, pode-se observar que a maior média foi obtida no componente que avalia a percepção geral da QV ( $M = 15,36$ ) para o conjunto da amostra, cabendo destacar ainda que a maior parte dos sujeitos considerou a sua qualidade de vida como boa ou muito boa ( $n = 145$ ; 72,5%) e mostrou-se satisfeita ou muito satisfeita com sua saúde ( $n = 116$ ; 58%).

Tabela 8

*Dados Descritivos Referentes aos Domínios do WHOQOL-HIV Bref (n=199)*

Domínios	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Percepção geral de QV	15,36	3,14	16	5	20
Espiritualidade, relig. e crenças pessoais	14,79	3,91	15	5	20
Relações sociais	14,26	3,30	15	4	20
Psicológico	14,04	3,19	14,4	4	20
Físico	13,82	3,83	14	5	20
Satisfação com a saúde	13,70	4,71	16	5	20
Nível de independência	12,67	2,94	13	5	19
Meio ambiente	11,78	3,08	12	4	20

Em segundo lugar, ficou a média para o domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais ( $M = 14,79$ ;  $DP = 3,91$ ). No que se refere às demais dimensões da QV avaliadas pelo instrumento WHOQOL-HIV Bref, os resultados mostraram médias e valores do desvio-padrão semelhantes na dimensão física ( $M = 13,82$ ;  $DP = 3,83$ ), psicológica ( $M = 14,0$ ;  $DP = 3,19$ ), relações sociais ( $M = 14,2$ ;  $DP = 3,30$ ) e no item referente à satisfação geral com a saúde ( $M = 13,70$ ;  $DP = 4,71$ ). A dimensão meio ambiente apresentou a menor média e o segundo menor desvio-padrão ( $M = 11,78$ ;  $DP = 3,08$ ), seguido de nível de independência ( $M = 12,6$ ;  $DP = 2,94$ ), o que é um indicador de maior insatisfação e avaliação desfavorável dessas dimensões no conjunto da amostra estudada. Dessa forma, os escores médios dos domínios da qualidade de vida apresentaram distribuições consideradas intermediárias, entre 10 e 14,9. Os domínios com valores mais próximos do padrão superior foram o de relações sociais e crenças pessoais e o componente de percepção geral da qualidade de vida.

Verificaram-se correlações entre os domínios do WHOQOL-HIV Bref e o índice total que abrange todos as questões do instrumento (QV total) com os fatores da escala CR e resiliência. A Tabela 9 abaixo descreve as correlações de Spearman entre os domínios de qualidade de vida e as variáveis de *coping* religioso positivo, *coping* religioso negativo, *coping* religioso total, bem como as correlações de Pearson entre esses domínios e resiliência.

Como pode ser visto na Tabela 9, as análises de correlação de Spearman identificaram que o *coping* religioso negativo associou-se significativa e negativamente com a QV total ( $r_s = -0,32$ ;  $p = 0,000$ ) indicando que as pessoas que apresentaram melhor QV fizeram menor uso de *coping* religioso negativo. As associações entre CRN também foram significativas e negativas para todos os domínios da QV: físico ( $r_s = -0,20$ ;  $p = 0,004$ ); psicológico ( $r_s = -0,30$ ;  $p = 0,000$ ); independência ( $r_s = -0,13$ ;  $p = 0,05$ ), relações sociais ( $r_s = -0,21$ ;  $p = 0,002$ ); meio ambiente ( $r_s = -0,22$ ;  $p = 0,001$ ) e crenças pessoais ( $r_s = -0,39$ ;  $p = 0,000$ ), sendo essa última a mais forte.

Tabela 9

*Correlações entre Domínios do WHOQOL-HIV Bref, Fatores da Escala CR e Resiliência (n=199)*

Variáveis	Físico	Psicológico	Independência	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espirit. e Crenças Pessoais	QV total
CR Positivo	-0,03	-0,01	-0,08	-0,03	-0,10	-0,03	-0,06
CR Negativo	-0,20*	-0,30**	-0,13*	-0,21**	-0,22***	-0,39***	-0,32***
CR Total	0,13	0,24***	0,05	0,19**	0,11	0,30***	0,22***
Resiliência	0,23***	0,30***	0,16**	0,25***	0,20**	0,28***	0,31***

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

Por outro lado, a relação entre CRP e QV não foi significativa com nenhuma dimensão do instrumento WHOQOL-HIV Bref, conforme demonstrado na Tabela 9. Observou-se ainda que o escore de  *coping*  religioso total associou-se significativamente com a QV total ( $r_s = 0,22$ ;  $p = 0,001$ ), domínio psicológico ( $r_s = 0,24$ ;  $p = 0,001$ ), relações sociais ( $r_s = 0,19$ ;  $p = 0,006$ ) e crenças pessoais ( $r = 0,30$ ;  $p = 0,000$ ), mas não com o domínio físico ( $r_s = 0,13$ ;  $p = 0,06$ ), independência ( $r_s = 0,05$ ;  $p = 0,46$ ) e meio ambiente ( $r = 0,11$ ;  $p = 0,09$ ).

No que se refere às associações entre resiliência e qualidade de vida, as análises de correlação de Pearson indicaram que estas foram positivas e significativas em todos os domínios, inclusive com a QV total na qual pode ser identificada a maior correlação ( $r = 0,31$ ;  $p = 0,000$ ). Com os demais domínios, a magnitude dessa relação variou de 0,16 ( $p = 0,01$ ) no nível de independência a 0,30 ( $p = 0,000$ ) na dimensão psicológica, seguido de espiritualidade, religião e crenças pessoais ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,000$ ), relações sociais ( $r = 0,25$ ;  $p = 0,000$ ), físico ( $r = 0,23$ ;  $p = 0,001$ ) e meio ambiente ( $r = 0,20$ ;  $p = 0,004$ ).

A avaliação da QV em relação a dados sociodemográficos está expressa na Tabela 10. A comparação das médias dos escores de qualidade de vida obtidos para homens e mulheres revelou diferença estatisticamente significativa em suas médias referentes aos domínios físico ( $t = 2,26$ ;  $p = 0,024$ ), psicológico ( $t = 3,26$ ;  $p = 0,001$ ), independência ( $t = 3,066$ ;  $p = 0,002$ ), meio ambiente ( $t = 2,147$ ;  $p = 0,033$ ), crenças pessoais e espirituais, religião ( $t = 2,836$ ;  $p = 0,005$ ), e QV total ( $t = 3,265$ ;  $p = 0,000$ ) com homens mais satisfeitos, ou seja, apresentando escores maiores em todos estes aspectos. Apenas no domínio relações sociais que a diferença entre os sexos não foi significativa ( $t = 1,316$ ;  $p = 0,19$ ) sugerindo que homens e mulheres percebiam sua qualidade de vida no quesito relações sociais de forma semelhante, por exemplo, em sua rede social e na atividade sexual.

Ainda de acordo com os dados da Tabela 10, é possível perceber que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os domínios do WHOQOL-HIV Bref e as médias apresentadas na variável situação conjugal. Embora nível de escolaridade também não tenha apresentado diferença significativa nas médias dos escores dos domínios físicos ( $p = 0,08$ ;  $t = -1,75$ ) e

espiritualidade e crenças pessoais ( $t = -1,90$ ;  $p = 0,058$ ), para o domínio psicológico, independência e relações sociais, bem como para a QV total a diferença entre as médias foi significativa considerando  $p \leq 0,05$  e  $p \leq 0,001$ , de modo que pessoas com escolaridade mais alta apresentaram melhor pontuação de QV nestes domínios e na QV total.

A relação entre tempo de uso de ARV e qualidade de vida só foi significativa com o item satisfação com saúde de modo que pessoas que tomam medicamento há mais de seis anos relataram estar mais satisfeitos com sua saúde que pessoas que usavam há um ano ( $p = 0,03$ ).

Tempo de diagnóstico não foi uma variável relevante para diferenciar participantes no que se refere à percepção de qualidade de vida, de modo que nenhuma associação significativa entre a mesma e os domínios da QV foi encontrada. Isso significa que pacientes diagnosticados com HIV/aids há um ano, de dois a cinco anos e há mais de seis anos não diferiram quanto à percepção da qualidade de vida.

Dados do teste Scheffe demonstraram que no que se refere à diferença na quantidade de células T CD4+ entre os grupos de participantes, esta foi significativa apenas para diferenciar os grupos quanto ao domínio meio ambiente ( $F = 5,11$ ;  $p = 0,05$ ), indicando que participantes que apresentaram níveis de células variando de 200 a 501 cópias tiveram melhor avaliação neste domínio se comparados com aqueles com até 200 células T CD4+.

Quanto ao nível de carga viral, as únicas diferenças significativas encontradas foram para o domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais ( $p = 0,05$ ) e a autoavaliação da satisfação com a saúde ( $p = 0,05$ ). A análise de variância indicou que pacientes com carga viral indetectável apresentaram melhores escores no domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais do WHOQOL-HIV Bref, se comparados àqueles com mais de 5001 cópias/mL ( $F = 3,33$ ;  $p = 0,02$ ), mas não para aqueles com nível de carga viral entre 51 e 5000 cópias/mL ( $p = 0,75$ ). Da mesma forma foram verificadas diferenças significativas na autopercepção da satisfação com a saúde daqueles pacientes com carga viral indetectável e os com mais de 5001 cópias/mL do vírus HIV ( $F = 3,89$ ;  $p = 0,03$ ), mas não para aqueles com nível intermediário localizado no intervalo de 51 a 5000 cópias/mL ( $p = 0,17$ ). Esses dados indicam haver uma melhor percepção da satisfação com a saúde e no domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais entre pacientes com carga viral indetectável, ressaltando a importância da adesão à medicação ARV tendo em vista seus resultados quanto à manutenção baixa dessa taxa em pacientes soropositivos.

Tabela 10

*Escores Médios da QV Total e seus Domínios segundo Sexo, Escolaridade, Situação Conjugal e Idade*

(N = 200)

	Físico	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
Sexo	Homens	14,40	3,59	2,260***
	Mulheres	13,18	4,00	
Escolaridade	≤ ensino médio incompleto	13,37	3,70	- 1,750**
	≥ ensino médio completo	14,31	3,93	
Situação conjugal	Vive com parceiro/a	14,21	3,98	1,009
	Vive sem parceiro/a	13,64	3,68	
Idade	Até 38 anos	14,00	4,04	0,67
	39 anos ou mais	13,63	3,64	
	Psicológico	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
Sexo	Homens	14,74	2,79	3,263***
	Mulheres	13,28	3,43	
Escolaridade	≤ ensino médio incompleto	13,50	3,31	- 2,553**
	≥ ensino médio completo	14,63	2,96	
Situação conjugal	Vive com parceiro/a	14,24	3,28	0,672
	Vive sem parceiro/a	13,93	3,15	
Idade	Até 38 anos	14,21	3,08	0,84
	39 anos ou mais	13,83	3,29	
	Nível de Independência	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
Sexo	Homens	13,27	2,81	3,066***
	Mulheres	12,01	2,95	
Escolaridade	≤ ensino médio incompleto	12,13	2,91	-2,717*
	≥ ensino médio completo	13,25	2,89	
Situação conjugal	Vive com parceiro/a	13,06	3,17	1,378
	Vive sem parceiro/a	12,46	2,76	
Idade	Até 38 anos	13,21	2,96	2,7**
	39 anos e mais	12,10	2,83	
	Relações Sociais	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
Sexo	Homens	14,55	3,23	1,314
	Mulheres	13,94	3,37	
Escolaridade	≤ ensino médio incompleto	13,75	3,34	-2,298*
	≥ ensino médio completo	14,81	3,19	
Situação conjugal	Vive com parceiro/a	14,66	3,51	1,294
	Vive sem parceiro/a	14,02	3,16	
Idade	Até 38 anos	14,42	3,59	0,77



39 anos e mais		14,06	3,00	
Meio Ambiente		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
Sexo	Homens	12,22	3,08	2,147*
	Mulheres	11,29	3,02	
Escolaridade	≤ ensino médio incompleto	11,00	3,09	-3,848***
	≥ ensino médio completo	12,63	2,85	
Situação conjugal	Vive com parceiro/a	11,92	3,06	0,502
	Vive sem parceiro/a	11,70	3,12	
Idade	Até 38 anos	12,16	3,09	1,62
	39 anos e mais	11,41	3,01	
Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
Sexo	Homens	15,52	3,63	2,836***
	Mulheres	13,97	4,08	
Escolaridade	≤ ensino médio incompleto	14,28	3,66	-1,905*
	≥ ensino médio completo	15,33	4,12	
Situação conjugal	Vive com parceiro/a	14,60	4,24	-0,558
	Vive sem parceiro/a	14,93	3,71	
Idade	Até 38 anos	14,26	4,02	-1,91
	39 anos ou mais	15,32	3,76	
QV Total		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
Sexo	Homens	14,12	2,42	3,265***
	Mulheres	12,94	2,65	
Escolaridade	≤ ensino médio incompleto	13,00	2,45	3,22**
	≥ ensino médio completo	14,16	2,02	
Situação conjugal	Vive com parceiro/a	13,78	2,71	-0,890
	Vive sem parceiro/a	13,44	2,52	
Idade	Até 38 anos	13,70	2,65	0,850
	38 anos ou mais	13,39	2,54	

\*  $p \leq 0,05$     \*\*  $p \leq 0,01$     \*\*\*  $p \leq 0,001$

### Regressão Linear Múltipla: Procedimentos Preliminares

De forma preliminar foi verificada a viabilidade da análise de regressão múltipla padrão. Um paciente (caso 9) não preencheu a escala de resiliência, sendo que foi excluído das análises bivariadas e multivariadas que incluíram essa variável.

Investigou-se, na sequência, a existência de casos discrepantes univariados e foram identificados três casos, não extremos, dois deles (números 112 e 148) na variável *coping* religioso positivo e um (número 65) em *coping* religioso geral. Optou-se pelo procedimento de reajuste dos escores desses três casos, visando tirá-los da condição de *outlier*. Foram realizadas alterações nos valores dos escores desses casos, aproximando-os dos valores dos casos não *outliers* que encontravam-

se nas extremidades da distribuição, mantendo-se, portanto, o perfil de distribuição da amostra, tal como recomendado por Tabachnick e Fidell (2001). Assim, na variável *coping* religioso positivo, ambos tinham escore 1 e passaram a ter 1,70 (o anterior não *outlier* tinha escore 1,71). Quanto à variável *coping* religioso geral, o escore 1,64 do caso 65 foi reajustado para 2,20 (o anterior obteve escore 2,21).

Com base no critério da distância *Mahalanobis* ( $\chi^2 = 16,81$ ,  $p < 0,01$ ), os *outliers* multivariados foram pesquisados, sendo que um caso foi identificado, o de número 65, já identificado como *outlier* univariado e que teve seu escore ajustado. Optou-se por excluir esse caso da amostra nas análises multivariadas.

Na matriz de correlações, mediante a aplicação do coeficiente de Spearman, a variável *coping* religioso geral mostrou correlação elevada com *coping* religioso negativo ( $r_s = -0,73$ ;  $p < 0,001$ ) e *coping* religioso positivo ( $r_s = 0,49$ ;  $p < 0,001$ ), indicando a existência de multicolinearidade. Esse resultado era esperado pois o escore da variável que mediu o *coping* religioso geral foi composto a partir dos escores dessas duas variáveis. Decidiu-se, então, considerar como preditoras o *coping* negativo e o positivo, e não a variável *coping* geral. Ademais, a literatura tem indicado preferência pela análise dessas variáveis em separado. Essa decisão foi tomada também com base em procedimentos sugeridos por Tabachnik e Fidell (1996), em casos de multicolinearidade entre variáveis antecedentes.

Tomada essa decisão, não foram identificados problemas de colinearidade entre as variáveis preditoras já que se observou: ausência de correlações acima de 0,40 na matriz; fator de inflação da variância (FIV) de cada variável abaixo de cinco; estatística tolerância de cada variável acima de 0,20. Tais informações são apresentadas na Tabela 11.

A adequação das variáveis quanto aos pressupostos exigidos para análises multivariadas foi confirmada pela análise exploratória de dados e de pressupostos. Em relação à adequação do tamanho da amostra para a realização da análise de regressão múltipla, procedeu-se a cálculos de acordo com o número de variáveis antecedentes (cinco), segundo Tabachnik e Fidell (1996). Assim, a amostra deveria incluir no mínimo 92 participantes, mostrando-se satisfatória com 198 casos.

Tabela 11

*Valores de Tolerância e Fatores de Inflação da Variância (FIV) das Variáveis Preditoras*

	Tolerância	FIV
Sexo	0,908	1,101
Escolaridade	0,876	1,142
<i>Coping</i> religioso positivo	0,794	1,260
<i>Coping</i> religioso negativo	0,900	1,111
Resiliência	0,796	1,256

Nota. Variável dependente: QV total.

Dessa forma, a análise de pressupostos indicou que a análise de regressão era viável.

### Investigando os Preditores da Qualidade de Vida

Para a investigação dos preditores da qualidade de vida, foi realizada análise de regressão múltipla método padrão, considerando como variáveis antecedentes sexo, escolaridade, resiliência, *coping* religioso positivo e *coping* religioso negativo. Essas variáveis foram selecionadas tendo em vista os resultados de análises bivariadas com qualidade de vida, quando foram observadas associações estatisticamente significativas.

Na Tabela 12 apresentam-se os resultados da análise de regressão, incluindo os valores dos coeficientes de regressão não-padronizados (*B*), os coeficientes de regressão padronizados ( $\beta$ ), as correlações semiparciais ao quadrado ( $sr^2$ ), o coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e o  $R^2$  ajustado relativos à variável qualidade de vida.

Tabela 12

*Regressão Múltipla Padrão das Variáveis Sexo, Escolaridade, Resiliência, Coping Religioso Positivo e Coping Religioso Negativo em Relação a Qualidade de Vida (n=198)*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	B	$\beta$	$sr^2$
1. Qualidade de vida	–						–	–	–
2. Sexo	-0,22	–					- 0,55	-0,11	0,01
3. Escolaridade	0,32	- 0,27	–				0,32**	- 0,20	0,03
4. Resiliência	0,32	-0,90	0,08	–			1,83***	0,29	0,06
5. Coping positivo	-0,03	0,11	-0,13	0,38	–		- 0,42	-0,8	0,00
6. Coping negativo	-0,33	-0,12	-0,23	-0,15	0,13	--	- 0,85***	-0,22	0,04
<b>médias</b>	13,5	1,48	3,04	3,06	3,52	1,69	Intercepto = 10,71		
<b>desvios-padrão</b>	2,60	0,50	1,63	0,41	0,51	0,67	R <sup>2</sup> =0,25		
							R <sup>2</sup> ajustado=0,24		
							R=0,50		

\*\*\*  $p \leq 0,001$  \*\*  $p \leq 0,01$  variabilidade única = 14%

Os resultados indicaram que três variáveis antecedentes contribuíram de modo significativo para a predição: resiliência, mais forte preditor, com 6% de contribuição para a variância da QV ( $sr^2 = 0,06$ ), seguido do *coping* religioso negativo com 4% ( $sr^2 = 0,04$ ) e da escolaridade alcançando 3% de contribuição ( $sr^2 = 0,03$ ). A variável sexo contribuiu apenas com 1% ( $sr^2 = 0,01$ ), não obtendo significância estatística. Assim, as quatro variáveis alcançaram 14% de variabilidade única, ou seja, a soma da contribuição de cada uma delas na explicação da variância da QV. Assim, 25% (24% ajustado) da variância da qualidade de vida podem ser predita com base nos escores dessas três variáveis antecedentes (Tabela 12). Concluindo, escores mais altos em qualidade de vida resultaram de

escores maiores em resiliência, maior escolaridade e menor utilização de *coping* religioso negativo na amostra de pessoas soropositivas que participaram desse estudo.

### Investigando os Preditores da Resiliência

Para a investigação dos preditores da resiliência como variável critério, foi realizada outra análise de regressão múltipla método padrão, considerando como variáveis antecedentes *coping* religioso positivo e *coping* religioso negativo. Essas variáveis foram selecionadas tendo em vista os resultados de análises bivariadas com resiliência, quando foram observadas associações estatisticamente significativas.

Na Tabela 13 apresentam-se os resultados da análise de regressão, incluindo os valores dos coeficientes de regressão não-padronizados (*B*), os coeficientes de regressão padronizados ( $\beta$ ), as correlações semiparciais ao quadrado ( $sr^2$ ), o coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e o  $R^2$  ajustado relativos à variável resiliência.

Tabela 13

*Regressão Múltipla Padrão das Variáveis Coping Religioso Positivo e Coping Religioso Negativo em Relação a Resiliência (n=198)*

Variáveis	1	2	3	B	$\beta$	$sr^2$
1. Resiliência	–	–	–	–	–	–
2. <i>Coping</i> positivo	0,38	-	-	0,32***	0,41	0,16
3. <i>Coping</i> negativo	-0,15	0,13	-	-0,12**	-0,20	0,03
<b>Médias</b>	3,06	3,53	1,69		Intercepto = 2,11	
<b>desvios-padrão</b>	0,41	0,51	1,67		$R^2=0,19$	
					$R^2$ ajustado=0,18	
					$R=0,43$	

\*\*\*  $p \leq 0,001$  \*\*  $p \leq 0,01$  variabilidade única = 19%

Os resultados indicaram que tanto o *coping* religioso negativo quanto *coping* religioso positivo contribuíram de modo significativo para a predição de resiliência. *Coping* positivo foi o mais forte preditor com 16% de contribuição ( $sr^2 = 0,16$ ), seguido do *coping* religioso negativo com 3% ( $sr^2 = 0,03$ ). As duas variáveis alcançaram 19% de variabilidade única. Assim, 19% (18% ajustado) da variância da resiliência pode ser predita com base nos escores dessas duas variáveis antecedentes (Tabela 13). Concluindo, escores mais altos em resiliência resultaram de maior utilização de *coping* religioso positivo e menor utilização do *coping* religioso negativo na amostra de pessoas soropositivas que participaram desse estudo.

## CAPÍTULO 6

### Discussão

O propósito deste estudo foi a caracterização sociodemográfica, médico-clínica e religiosa de uma amostra de pacientes com HIV/aids e examinar as associações da espiritualidade/religião, especificamente do *coping* religioso, bem como com variáveis psicossociais como qualidade de vida e resiliência. Para a discussão, apresentou-se uma estrutura análoga a dos resultados, tratando os aspectos sociodemográficos e médico-clínicos da amostra, depois a qualidade de vida, resiliência e *coping* religioso em interlocução com estudos nacionais e internacionais sobre o tema. As limitações e implicações da prática clínica também foram descritas.

#### Aspectos Sociodemográficos e Médico-Clínicos da Amostra

As características sociodemográficas e clínicas da amostra foram compatíveis com as tendências epidemiológicas da aids no Brasil, desde o advento da TARV: pauperização da epidemia (dada pelos indicadores de escolaridade e/ou renda familiar), faixa etária com predomínio de adultos na faixa etária de 35 anos e distribuição homogênea entre os sexos, semelhantes às observadas em outros estudos com pacientes com HIV/aids no país (Bertoni et al., 2010; Felix & Ceolim, 2012; Medeiros & Saldanha, 2012; Medeiros et al., 2013).

De acordo com o último boletim epidemiológico do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2015), a maioria dos casos de aids notificados no Brasil é de pessoas do sexo masculino. Todavia, a diferença da razão entre os sexos, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, vem diminuindo ao longo da série histórica. No período de 1980 até 2008, observou-se um aumento da participação de mulheres no total de casos. Com isso, a razão de sexo, apresentou redução de até 15 casos em homens para cada 10 em mulheres. No entanto, a partir de 2009, identificou-se uma leve redução nos casos da doença em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexo. As taxas de detecção de aids em pessoas do sexo masculino, nos últimos dez anos, voltou a apresentar tendência de crescimento, com contribuição importante de casos de homens jovens que fazem sexo com homens.

O nível de escolaridade consiste em mais um fator que tem se associado ao panorama da aids no Brasil. No início da epidemia, a maioria dos pacientes apresentava ensino médio e nível universitário. Em 2014, observou-se uma concentração maior de casos entre aqueles com ensino médio completo e 5ª a 8ª série incompletas. Neste estudo, a grande maioria dos pacientes apresentava baixo grau de instrução, com predomínio de ensino fundamental, seguido de pacientes com ensino médio completo. A redução do nível de instrução é um indicador do processo de pauperização da epidemia, visto que a escolaridade pode ser utilizada como indicador da condição socioeconômica dos pacientes (Bertoni et al., 2010). Além do padrão epidemiológico, deve-se considerar também que a

coleta se deu em serviço público de saúde da rede do SUS, de modo que era esperado o predomínio de participantes com menor escolaridade e renda.

Ainda de acordo com o último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2015), a maior concentração dos casos de aids no Brasil está entre os indivíduos com idade entre 25 a 39 anos em ambos os sexos, congruente com a média de idade deste estudo, igual a 39 anos. Faz-se importante ressaltar a grande variabilidade no tempo de diagnóstico da infecção, revelando o aumento na expectativa de vida dos participantes, aspecto que pode estar associado ao uso da terapia antirretroviral mencionada por todos, com exceção de seis, dado coerente com estatísticas recentes que demonstram que no período de 2005 a 2013 o Brasil mais que dobrou (2,14 vezes) o número de pessoas em tratamento. Esse número passou de 165 mil, em 2005, para 353 mil em 2013 (Ministério da Saúde, 2015).

Cabe ressaltar que nosso país é hoje um dos dez países do mundo, e o único da América Latina, a adotar as novas tecnologias de intervenção em HIV/aids denominadas tratamento como medida de prevenção (TasP), como a recente ampliação do tratamento aos adultos com testes positivos de HIV, mesmo sem comprometimento do sistema imunológico – lembrando que a TARV era recomendada anteriormente para PVHA com CD4 inferior a 500 células por mm<sup>3</sup>. Além do TasP, cabe destacar como ações desenvolvidas pelo Brasil, o aumento das oportunidades do diagnóstico precoce, o desenvolvimento de ações de prevenção para populações chave como uma maior cobertura de testagem de HIV para homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo (Hull, Lange, & Montaner, 2014; Montaner, 2013; Seidl, 2015).

Consequentemente, nota-se no Brasil um aumento expressivo na proporção de PVHA em TARV a cada ano. O objetivo final do tratamento é suprimir a carga viral das pessoas infectadas pelo HIV, considerada um marcador da redução da probabilidade, não só de as PVHA apresentarem doenças oportunistas da aids, como também da transmissão do HIV. Logo, o fato da maioria da amostra apresentar carga viral indetectável (inferior a 50 células/mL) era esperado, pois os participantes faziam uso da TARV. E, de forma coerente e em consequência, apresentavam bons níveis de valores médios de linfócitos TCD4+ no sangue periférico (Ministério da Saúde, 2015).

Tais avanços no diagnóstico e na eficácia do tratamento com o advento da TARV foram relevantes e têm se relacionado a benefícios consideráveis aos usuários, de modo que as manifestações clínicas decorrentes da infecção pelo HIV tornaram-se menos frequentes, com melhora substancial do prognóstico e, consequentemente, da percepção de QV em PVHA.

Porém, cabe destacar que a eficácia do tratamento, expressa nos níveis de supressão viral, exige que o uso do esquema terapêutico seja igual ou superior a 95% das doses prescritas (Felix & Ceolim, 2012; Medeiros et al., 2013). No que se refere à avaliação de sua própria adesão aos ARV, a maioria dos participantes deste estudo a descreveu como boa ou muito boa, relatos coerentes com os bons níveis de supressão viral no conjunto da amostra. Ressalta-se que uma adesão insatisfatória pode causar mutação do HIV em linhagens resistentes à medicação, aumento do risco de transmissão,

progressão da infecção do HIV para a aids e morte (Henry, 2013). Esse desafio é crítico para o sucesso do atendimento ao HIV/aids porque a QV para pacientes soropositivos depende, em grande parte, da adesão (Kisenyi et al., 2013). Fatores como esquecimento, falta de informação sobre a aids e o tratamento, bem como estado emocional desfavorável são comumente citados pelos pacientes como barreiras à adesão. Outros fatores considerados determinantes da não adesão incluem regime terapêutico complexo, não considerar o estilo de vida da pessoa ao prescrever os medicamentos e relação insatisfatória entre usuário e profissional de saúde (Faustino & Seidl, 2010).

### **Qualidade de Vida**

Em conformidade com os resultados de Bertoni et al. (2010), os pacientes majoritariamente referiram sua saúde como boa e estavam satisfeitos com a saúde, de modo que a percepção dos pesquisados acerca da sua QV geral foi satisfatória, bem como em relação aos seus domínios. Os resultados do presente estudo indicaram que os participantes apresentavam bons escores médios de QV para os seis domínios do WHOQOL-HIV Bref, e os escores variaram de 11,78 a 15,36, classificados como intermediários, segundo a classificação de Santos et al. (2007). PVHA avaliadas em outras pesquisas brasileiras tiveram escores médios similares aos obtidos neste estudo (Bertoni et al., 2010; Ferreira et al., 2012), exceto no domínio meio-ambiente, cujo escore foi superior ao encontrado nesse trabalho.

Tais achados eram esperados já que o acesso universal à terapia antirretroviral tem se relacionado a melhores avaliações de QV em pessoas que vivem com HIV/aids. Dentre os seis domínios do WHOQOL-HIV Bref, o que apresentou o melhor desempenho entre os participantes foi o domínio espiritualidade e crenças pessoais, seguido de relações sociais, psicológico, físico, nível de independência e meio ambiente. Esse resultado corrobora pesquisas que demonstraram que a dimensão espiritualidade e crenças pessoais foi o domínio melhor avaliado em pessoas com situações de saúde comprometidas, inclusive pacientes crônicos (Calvetti et al., 2008; Henry, 2013; Medeiros & Saldanha, 2012).

O estudo de Gaspar et al., (2011) que avaliou a QV de mulheres com HIV/aids no interior paulista, utilizando esse mesmo instrumento, encontrou resultados semelhantes, com melhor QV percebida no domínio espiritualidade, seguido das dimensões física, psicológica e das relações sociais, com escores mais baixos nos domínios nível de independência e meio ambiente.

Os participantes do estudo apresentaram a menor média de QV no domínio ambiente, o que pode ser reflexo da condição socioeconômica de grande parte dos participantes. Este domínio avaliou aspectos relacionados à segurança física, moradia, recursos financeiros, acesso e qualidade de serviços de saúde e assistência social, lazer, ambiente físico em geral, transporte, que sofrem forte influência dos níveis de renda. Resultados semelhantes foram identificados em amostra de indivíduos com HIV/aids na cidade de São Paulo (Santos et al., 2007), em um serviço especializado do estado de Mato Grosso do sul (Ferreira et al., 2012), em Brasília (Seidl et al., 2005) e em estudo com mulheres

soropositivas em João Pessoa (Medeiros et al., 2013). Os resultados do teste de modelo relativos à dimensão ambiental do estudo de Seidl et al. (2005), por exemplo, mostraram as diferenças entre os participantes quanto à condição socioeconômica, de modo que a baixa escolaridade foi preditor de pior avaliação do domínio ambiente da QV.

Percebe-se uma maior incidência de casos de HIV em populações mais pobres economicamente. Subdesenvolvimento econômico e a pobreza constituem-se fatores intimamente relacionados à disseminação do vírus HIV, pois a aids tem crescido concomitante às mudanças socioeconômicas que tem construído espaços de exclusão social, promovendo maior vulnerabilidade. Ressalta-se, portanto, que pessoas soropositivas, além da condição de enfermidade, muitas vezes lidam com carências sociais e econômicas que seguramente têm impacto negativo na percepção da QV (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, 2015; Medeiros & Saldanha, 2012; Seidl et al., 2005).

A variável gênero teve associação em todos os domínios de QV, exceto relações sociais, sendo que os escores médios desses domínios foram significativamente maiores entre os homens. As diferenças nas médias dos domínios de QV entre homens e mulheres apontam a possível influência de questões de gênero na percepção da QV, também observada em outros estudos. Damilda et al. (2015) verificaram que as mulheres apresentaram pior QV relacionada à saúde física e mental. O estudo de Santos et al. (2007) também identificou que homens apresentaram melhor percepção da QV que as mulheres, de modo que a comparação das médias dos escores revelou diferença estatisticamente significativa nos domínios meio ambiente e psicológico, com elas apresentando escores menores nesses domínios. As mulheres avaliadas no estudo de Ferreira et al. (2012) também apresentaram as piores médias de QV nos domínios físico, psicológico e em espiritualidade e crenças pessoais.

Ferreira et al. (2012) e Gaspar et al. (2011) afirmam que a compreensão dessas diferenças na avaliação da QV em função do gênero deve ser feita à luz da realidade sociocultural brasileira, onde piores condições econômicas e a desigualdade de inserção no mercado de trabalho são fatores que contribuem para uma menor QV na percepção de mulheres. Para estes autores, o número de mulheres com HIV/aids é maior entre as classes sociais mais baixas e com menores níveis de escolaridade, sendo que isso ocorre, principalmente, pelo fato das mulheres serem tratadas de forma desigual em termos políticos, culturais e socioeconômicos e, conseqüentemente, elas têm menor acesso a bens de consumo, à seguridade social básica e à educação.

Segundo Santos et al. (2007), as implicações negativas sobre a QV em pessoas vivendo com HIV/aids parecem se intensificar na população feminina em decorrência da renda inferior a dos homens, dependência econômica de seus parceiros, necessidade da mulher conciliar atividades profissionais com o trabalho doméstico e o cuidado dos filhos, assim como a atribuição da responsabilidade da transmissão do HIV ao parceiro (atual ou anterior), motivo para ressentimentos, raiva e decepção, o que pode representar estressores adicionais que afetam a percepção da QV de mulheres HIV positivas.



Com relação ao nível educacional, este estudo identificou que indivíduos com escolaridade mais alta apresentaram uma melhor avaliação de QV para os domínios psicológico, meio ambiente, relações sociais, independência e QV geral, sugerindo que a QV é impactada pela desigualdade em relação ao gênero, mas também em relação a contextos socioeconômicos. Outros estudos também observaram associações relevantes entre percepção da QV e escolaridade demonstrando que baixo nível educacional associou-se a piores médias nos escores de QV (Ferreira, et al. 2012; Gaspar et al., 2011; Seidl et al., 2005).

Situação conjugal não diferenciou os grupos com relação a nenhuma variável de forma significativa, diferentemente do estudo de Ferreira et al. (2012) no qual pacientes casados apresentaram as maiores médias nos domínios físico, psicológico, nível de independência e relações sociais, sendo as piores médias observadas nos indivíduos separados/divorciados ou viúvos.

O estudo também investigou a correlação da QV com variáveis clínicas e laboratoriais: tempo de diagnóstico pelo HIV, uso de ARV, níveis de CD4 e CV. Tempo de diagnóstico não foi um fator relevante para diferenciar participantes do que se refere à percepção de QV. Por outro lado, resultados de outros pesquisas com amostra de soropositivos indicaram que indivíduos com maior período de tempo de infecção apresentaram melhor avaliação da QV (Ferreira et al., 2012; Santos et al., 2007), bem como maior bem-estar positivo e menor nível de estresse (Litwinczuc & Groh, 2007).

No presente estudo, a relação entre tempo de uso de ARV e QV só foi significativa com o item satisfação com saúde, ou seja, pessoas que tomavam medicamento há mais de seis anos relataram estar mais satisfeitos com sua saúde do que pessoas que usavam os ARV há um ano.

Pacientes com carga viral indetectável apresentaram melhores escores no domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais e na autopercepção da satisfação com a saúde se comparados àqueles com mais de 5001 cópias/mL, mas não para aqueles com nível de carga viral entre 51 e 5000 cópias/mL. Tais achados reforçam a importância da adesão à medicação ARV tendo em vista a manutenção de níveis indetectáveis de carga viral em pacientes soropositivos. É consenso na literatura que pacientes com baixa contagem de CD4 e elevada CV são mais propensos a sintomas da doença, a infecções oportunistas e a uso de maior número de medicamentos (para prevenir e tratar doenças oportunistas) que podem afetar a QV negativamente. Apesar dos nossos dados não terem identificado associação entre níveis de células T CD4+ com o domínio físico, é evidente que uma queda na sua contagem representa comprometimento do sistema imunológico, facilitando a instalação de doenças oportunistas, podendo afetar negativamente este domínio (Ferreira et al., 2012). Na análise da associação dos dados clínicos com a QV, Medeiros et al. (2013) verificaram que pessoas com contagem de linfócitos CD4 acima de  $500 \text{ mm}^3$  avaliaram melhor a QV geral em comparação com os participantes com uma contagem abaixo de  $500 \text{ mm}^3$ , indicando que as melhores condições de saúde esteve associada com bons indicadores psicossociais.

No estudo de Ferreira et al. (2012), os pacientes em melhor condição do sistema imunológico, representada pela contagem de células CD4 superior ou igual a  $500/\text{mm}^3$ , apresentaram melhor escore

no domínio nível de independência que o grupo com contagem abaixo de 500/mm<sup>3</sup>. O diagnóstico e tratamento são fatores que, ao permitir melhora imunológica e esquemas terapêuticos com menor número de medicamentos, podem influir positivamente na QV desses pacientes.

Por fim, no presente estudo, os pacientes com HIV/aids apresentaram, em média, QV geral de nível intermediário e associação com sexo e escolaridade. Tempo de uso de ARV, nível de células CD4+ e carga viral estiveram associados a uma melhor avaliação em algumas dimensões da QV. Tais achados indicam que a percepção da QV pode sofrer influência de diversos fatores constituindo-se um campo complexo de estudos, sugerindo que análises de variáveis isoladas, não obstante sua importância parecem ser insuficientes para compreender a QV de PVHA.

### **Resiliência**

Os dados dos participantes na escala de resiliência permitem concluir, não obstante a grande variabilidade, que uma grande parte apresentou escores altos de resiliência e uma boa capacidade de ter respostas adaptativas e responder positivamente a situações adversas relacionadas à condição crônica de soropositividade.

Resiliência é definida como um processo que ocorre quando um indivíduo é confrontado com a adversidade, mas é capaz de superar, responder e se adaptar às mesmas. Para a resiliência ocorrer, a pessoa deve ser exposta a adversidades ou a ameaças para a saúde física ou psicológica, se adaptando sem experimentar riscos para o desenvolvimento. Uma vez que a gestão e adaptação à ameaça ocorrem, o indivíduo pode reorganizar sua vida e incorporar as alterações resultantes da adversidade em sua vida, o que resulta na resiliência (De Santis et al., 2013).

Outros estudos brasileiros identificaram uma grande proporção de pessoas acometidas por doenças crônicas que podem ser consideradas resilientes em amostras com doença arterial coronariana (Grings & Vigueras, 2012); cardiopatia isquêmica (Lemos, Moraes & Pellanda, 2016), cuidadores de pacientes com Alzheimer (Lopes & Massinelli, 2013) e diabetes mellitus (Tavares, Barreto, Lodetti, Silva, & Lessmann, 2011). Apesar de poucos pesquisadores terem documentado o processo de resiliência em PVHA, Calvetti et al. (2008), De Santis et al. (2013) e Wieggers (2008) concluíram em seus estudos que muitas PVHA vivenciam processos de resiliência, apesar dos desafios físicos, psicológicos e sociais desta condição crônica.

De acordo com Lemos et al. (2016), as doenças crônicas são geralmente associadas a condições degenerativas de longo prazo, que requerem atenção continuada e comportamentos adaptativos por parte dos pacientes e seus cuidadores, além de acesso a informações necessárias para seu manejo satisfatório, o que supõe alterações relevantes no contexto de vida, não somente pelos efeitos deletérios da própria doença, mas também do tratamento. Por estas características, correspondem a situações adversas concretas na vida dos indivíduos acometidos e, como tal, evocam mecanismos de resiliência diante do adoecimento.

Segundo Faber et al. (2000), PVHA com respostas resilientes diferem daquelas sem resiliência em uma série de aspectos, incluindo nível de conhecimento sobre a doença, autoresponsabilidade, persistência, melhor percepção da qualidade de vida, bem como níveis menores de sofrimento psicológico.

No presente estudo, resiliência não se associou a nenhuma das variáveis sociodemográficas analisadas neste estudo, tais como sexo, idade, situação conjugal ou escolaridade. No que se refere às variáveis médico-clínicas, estas também não diferenciaram os participantes quanto aos níveis de resiliência. Tal fato pode indicar que a resiliência é um fenômeno complexo que é constituído no processo interativo e dinâmico que se constrói a partir da interrelação entre o indivíduo e seu meio ambiente familiar e social.

No estudo de Tavares et al. (2011), a comparação entre os escores médios da resiliência de homens e mulheres, acometidos por outra doença crônica, não foi significativa, bem como entre resiliência e escolaridade. Já a relação entre resiliência e idade (menor/igual a 60 anos e mais de 60 anos) obteve significância. Isso pode ser atribuído ao fato de que ao atingir a velhice já foram enfrentados vários acontecimentos adversos que ameaçam o processo de viver. Dessa forma, pessoas na terceira idade tendem a ter maior experiência, contribuindo para a aceitação dos limites da vida e, provavelmente, desenvolvem senso de integridade, o que amplia sua resiliência.

Por outro lado, as análises bivariadas revelaram que resiliência esteve associada à QV e ao *coping* religioso, reforçando que talvez seja uma variável psicossocial associada a desfechos em doenças crônicas (Lemos et al., 2016). No contexto das cronicidades, pessoas com bons níveis de resiliência conseguem melhor recuperação frente às adversidades, o que sugere uma melhor percepção da QV (Angst, 2009). Nossos resultados atestam pela relevância de se considerar a resiliência nos desfechos de saúde, na medida em que essa variável, não apenas correlacionou com QV, mas contribuiu significativamente para a sua predição, sendo, inclusive o mais forte preditor investigado, com 6% de contribuição para a variância da QV, o que corrobora dados do estudo de Cal et al. (2015) em revisão da literatura sobre resiliência e doenças crônicas, incluindo HIV/aids. Assim, em indivíduos soropositivos a resiliência parece representar um dos fatores que permite persistir ou se adaptar às dificuldades causadas pela condição, tal como verificado em outro estudo que pesquisou essa clientela (Farber et al., 2000).

Para Cal et al. (2015), alguns pesquisadores consideram a resiliência um processo ativo que pode ser promovido pelo desenvolvimento de fatores de proteção, por meio de intervenções como a psicoterapia. Portanto, deve-se prestar maior atenção às intervenções que fortaleçam os fatores de proteção da resiliência em pacientes crônicos. Concluiu-se que a resiliência pode interferir no processo saúde-doença, e que é necessária para o desenvolvimento de intervenções preventivas que podem melhorar e/ou desenvolver essa capacidade em pacientes, já que a resiliência pode ser considerada um fator de promoção da saúde.

Por fim, a carência de literatura sobre resiliência em contextos de doenças crônicas, em especial em HIV/aids, dificultou a discussão de achados do presente estudo. As relações entre resiliência e saúde não têm sido suficientemente exploradas em pacientes com HIV/aids, não apenas com relação a aspectos psicológicos e de qualidade de vida mas também em termos do impacto na saúde física e progressão da doença.

### **Coping Religioso: Implicações na Resiliência e QV**

Similar ao estudo de Prado et al. (2004) e Cotton et al. (2006), a maioria dos participantes indicou que sua religião/espiritualidade é um aspecto importante em suas vidas, inclusive para ajudá-los a lidar com o manejo diário de sua doença. Esse dado é coerente com o escore médio de *coping* religioso geral encontrado ( $M=3,40$ ), que documenta a prevalência do envolvimento religioso no processo de *coping* indicando que os participantes fizeram uso de suas crenças de dimensão religiosa e/ou espiritual, demonstrando ser este um recurso de enfrentamento para lidar com os desafios crônicos de se viver com HIV/aids. Resultados de pesquisas empíricas têm demonstrado que crenças e práticas religiosas podem estar e são frequentemente envolvidas no processo de enfrentamento de situações e/ou contextos estressantes, apresentando-se como um recurso importante de *coping*, sobretudo diante de doenças e outros sérios e graves eventos da vida, constituindo-se como um atributo de superação das dificuldades (Koenig et al., 2001; Panzini, 2004; Pargament, 1990; Pargament et al., 1992; Pargament et al., 1994; Pargament et al., 1998a; Pargament et al., 2001; Pargament et al., 2004; Phelps et al., 2009; Tix & Frazier, 1998).

Além disso, de acordo com Pargament (1997), as pessoas mais propensas a recorrerem a estratégias de *coping* religioso são aquelas com uma orientação religiosa/espiritual e que percebem a religião como fonte de solução para problemas da vida (Pargament et al., 1992; Pargament, 1997; Pargament et al., 2001). De fato, a amostra deste estudo foi composta de pacientes com crenças religiosas, que acreditavam que tais crenças auxiliam no enfrentamento do estresse e que, inclusive, influencia positivamente sua saúde.

O nível de religiosidade/espiritualidade pode afetar as decisões das pessoas quanto a se envolver (ou não) em formas religiosas de enfrentamento. No entanto, *coping* religioso não é utilizado apenas por pessoas que já professavam de crenças religiosas, pois também pode emergir como recurso ou estratégia para pessoas diante de novas condições estressoras. Estudos mostram que PVHA relataram um aumento significativo na religiosidade e espiritualidade após o diagnóstico (Dalmida et al., 2015; Henry, 2013; Phelps et al., 2009; Gall & Guirguis-Younger, 2013). Estudos prévios verificaram que pessoas com HIV/aids se voltam para a religiosidade/espiritualidade, utilizando, assim, uma variedade de estratégias de *coping* religioso para gerir sua condição (Faria & Seidl, 2006; Henry, 2013; Pargament et al., 2004; Seidl et al., 2005; Tsevat et al., 2009; Trevino et al., 2010).

Assim, estratégias religiosas de *coping* têm sido identificadas notadamente diante de problemas relacionados à saúde como doenças do coração, aids, câncer e outras condições médicas,

que mostraram alta prevalência do *coping* religioso entre pacientes crônicos acometidos por enfermidades graves (Panzini & Bandeira, 2005). Seidl (2005), ao investigar estratégias de enfrentamento de PVHA, verificou que a busca por práticas religiosas foi uma das estratégias mais utilizadas pela amostra pesquisada.

Vários autores mencionam que diante de problemas relacionados ao HIV/aids, os indivíduos incorporam sua espiritualidade no processo de *coping* e que este pode exercer inúmeras funções para ajudar a reformular suas vidas, como lidar com sentimentos de culpa, vergonha, obter esperança e senso de paz interior e força para gerir os desafios que vivenciam. PVHA indicam ainda que sua religião/espiritualidade provê esperança, proporciona sentido à vida, promove um sentimento de conexão, que propicia uma sensação de paz, consolo e ameniza seu sofrimento (Cotton et al., 2006; Henry, 2013; Joshi & Kumari, 2009; Kisenyi et al., 2013; Ironson et al., 2006; Siegel & Schrimshaw, 2002).

Estudos empíricos têm encontrado diferenças no nível e no tipo de *coping* religioso utilizado em função de fatores sociais, pessoais e situacionais como o estado de saúde, denominação religiosa, gravidade e controlabilidade do estressor, além de características clínicas e psicossociais como gênero, raça, orientação sexual, número de filhos, sintomas relacionados ao HIV, carga viral e idade (Pargament, 1997; Tix & Frazier, 1998), inclusive em amostras de pessoas soropositivas (Cotton et al., 2006; Flores, 2012; Maia, 2006; Pargament, 1997; Reis et al., 2006 a, b). Nas análises bivariadas realizadas neste estudo, as estratégias de *coping* religioso foram associadas de forma significativa apenas com duas características sociodemográficas: escolaridade e idade. De acordo com os resultados, pessoas com menor escolaridade fizeram mais uso de CRN e pessoas mais velhas (39 anos ou mais) utilizaram mais CRP e CR total. Na mesma direção, resultados encontrados por Kisenyi et al. (2013) identificaram que idade e baixa escolaridade se associaram a uso mais frequente de *coping* religioso. De acordo com Vance et al., (2011), estudos têm encontrado maiores níveis de espiritualidade e religiosidade em adultos soropositivos mais velhos, indo ao encontro dos resultados do presente estudo. Resultados de outros pesquisadores foram diferentes: Damilda et al. (2015) demonstraram que maior escolaridade esteve associada a *coping* religioso positivo e Cotton et al. (2006) identificaram que jovens usavam mais *coping* religioso negativo.

Embora estudos prévios que investigaram CR em PVHA tenham encontrado que mulheres e outros grupos minoritários são mais propensos a usar estratégias de *coping* religioso para lidar com adversidades decorrentes da soropositividade (Cotton et al., 2006; Henry, 2013; Seidl, 2005), nossos achados vão na direção dos resultados de Dalmida et al. (2015) que não identificaram diferenças no uso do *coping* religioso com base no gênero.

Diferenças nas estratégias de *coping* religioso em PVHA têm sido relacionadas a impactos no curso da doença, mortalidade, saúde mental e comportamentos de saúde. As pesquisas têm focado no relacionamento entre *coping* e mortalidade e progressão do HIV medida por marcadores imunológicos como níveis de células CD4+ e taxas virais (Henry, 2013). Ironson et al. (2006) conduziram um estudo

no qual 45% dos participantes relataram um aumento do uso de CRP após um ano de diagnóstico de HIV e 12% experienciaram um decréscimo de sua espiritualidade; no primeiro caso, constitui-se em fator de proteção para a não progressão da doença, em comparação com pacientes cuja espiritualidade diminuiu após o diagnóstico. Outro estudo, com delineamento longitudinal, indicou que o uso de estratégias de CR esteve associado ao decréscimo de CV, aumento dos níveis de CD4 e redução da mortalidade (Ironson & Kremer, 2009). Resultados sobre efeitos do *coping* religioso sobre variáveis biológicas merecem ser considerados com ressalvas, tendo em vista influências eventuais de variáveis confundidoras. No presente estudo, níveis de CD4 e de carga viral não estiveram associados às estratégias de *coping* religioso avaliadas.

Embora alguns estudos com pacientes com HIV/aids identificaram que religiosidade estivesse associada com melhora na imunidade em termos de mudanças no nível de células T CD4 e carga viral (Ironson et al., 2011), os resultados do presente estudo não demonstraram nenhuma relação entre estratégias de *coping* religioso e indicadores biológicos relativos à função do sistema imune. Assim, não se pode afirmar que estratégias de *coping* religioso possam contribuir para uma pior ou melhor saúde física. Outros estudos também não identificaram quaisquer conexões entre *coping* religioso e marcadores imunológicos medidos por níveis de células T CD4 em homens homossexuais (Woods et al., 1999a) e mulheres HIV positivas africanas (Woods et al., 1999b).

Como esperado, os participantes fizeram mais uso das estratégias positivas do que das negativas de *coping* religioso. De fato, a literatura demonstra que há um predomínio do uso do padrão positivo nessa população (Cotton et al., 2006; Faria & Seidl, 2006; Mellagi, 2009; Pargament et al., 2004; Joshi & Kumari, 2009; Tsevat, 2009; Trevino et al., 2010). No entanto, estratégias de CRN, embora menos frequente, também foram usadas e são expressão de uma relação desconfiada e menos segura com Deus, levando muitas vezes a conflitos religiosos/espirituais.

Em comparação às estratégias positivas, as de *coping* religioso negativo se associaram de forma significativa à resiliência e à percepção da QV, mas de forma negativa. O uso crônico de CRN pode ser problemático posto que sinaliza que a pessoa está enfrentando um processo de luta espiritual que pode prejudicar sua saúde, já que tende a se manifestar como raiva e decepção no relacionamento com Deus, com possíveis implicações para a adaptação no contexto do HIV/aids (Pargament et al., 2004). *Coping* religioso negativo tem sido relacionado a pior bem estar subjetivo (Faria & Seidl, 2005), progressão da doença (Trevino et al., 2010, Ironson et al., 2006), menor autoestima e otimismo, sintomas depressivos (Charzyn'ska, 2015; Cotton et al., 2006; Yi et al., 2006), bem como a taxa viral detectável (Cotton et al., 2006) nesta população.

Os relacionamentos diferenciais entre CRN e CRP sublinham o caráter multifacetado da religião: paradoxalmente, esta pode ser uma fonte de soluções para os problemas, mas também pode ser prejudicial para a saúde mental por meio do uso de estratégias de *coping* religioso negativo que têm sido relacionadas a pior QV e bem-estar e maior sofrimento psicológico (Abu-Raiya, Pargament, & Krausen, 2015; Weber & Pargament, 2014).

Do ponto de vista qualitativo, é possível pensar que as estratégias de *coping* religioso negativas podem ser utilizadas de forma breve, sem implicações negativas na saúde mental. Outra possibilidade é que a expressão de dor e conflito religiosos, quando acompanhado de estresse, pode ter efeitos benéficos em longo prazo. Uma pequena mas significativa relação entre *coping* religioso negativo e crescimento pessoal relacionado ao estresse foi observada por autores que concluíram que o CRN pode ser danoso para algumas pessoas, mas fonte de crescimento e transformação pessoal para outras (Gall, & Guirguis-Younger, 2013; Pargament et al., 1998; Phelps et al., 2009). Ademais, a conceituação de dois tipos de enfrentamento religioso (positivo e negativo) é coerente com a perspectiva de que religião/espiritualidade pode ser tanto fonte de gratidão e suporte, quanto de conflito e decepção.

As associações encontradas entre estratégias de *coping* religioso e resiliência reforçam resultados de estudos com pessoas soropositivas que têm sugerido que a religiosidade atua como um fator de proteção e, portanto, são relevantes para prever a probabilidade de adaptação positiva em PVHA (Calvetti et al., 2007; Carvalho et al., 2007; Farber et al., 2000; Morse et al., 2000; Wiergers, 2008).

Resultados de análises bivariadas e multivariadas entre *coping* religioso e resiliência corroboram os achados de outros autores que concluíram que a religiosidade pode contribuir para o desenvolvimento e promoção da resiliência em indivíduos com HIV/aids (Calvetti et al., 2008; De Santis et al., 2013).

As associações entre *coping* religioso e resiliência endossam achados das implicações deste construto para comportamentos e resultados de saúde. Porém, a magnitude dos efeitos é pequena estatisticamente: *coping* religioso parece ser apenas um dos muitos fatores que afeta a capacidade das pessoas de superarem as adversidades decorrentes da infecção pelo HIV. Nas análises de regressão do presente estudo tanto o CR negativo quanto o positivo foram preditores significativos da resiliência: CRP se associou positivamente com resiliência e, em contraste, o CRN esteve significativamente associado com escores mais baixos dessa variável. Outras variáveis investigadas nesse estudo, não entraram no modelo de regressão para a resiliência devido à ausência de relações bivariadas significativas.

De Santis et al. (2013) desenvolveram uma teoria fundamentada em dados qualitativos que descreveu, a partir do relato subjetivo de quinze pessoas soropositivas, o processo pelo qual a resiliência ocorre no contexto da infecção pelo HIV/aids. Os participantes relataram que, na origem do processo da resiliência, emergem fatores motivadores intrínsecos que incluem espiritualidade, desejo de viver e conhecer a infecção, bem como extrínsecos às PVHA, como a divulgação com a aceitação daqueles a quem revelaram o diagnóstico e apoio psicossocial. Estes proporcionam o desenvolvimento de estratégias para gerenciar aspectos físicos e psicológicos da infecção pelo HIV, que por sua vez, viabilizam o controle da doença representado por resultados de saúde e, conseqüentemente, o domínio onde são capazes de recuperar um senso de controle sobre suas vidas. Dessa forma, o estudo de De

Santis et al. (2013) identificou que as fontes de motivação, de gerir, controlar e dominar a doença são antecedentes à percepção de resiliência em PVHA. Nesse contexto, pessoas com HIV que aprendem a gerenciar com sucesso a sua doença, ao lado da manutenção e/ou reestruturação de projetos de vida podem ser consideradas resilientes.

Cabe ressaltar que estudos têm indicado que a religiosidade pode favorecer o desenvolvimento de aspectos considerados resilientes. Em pessoas com HIV/aids, maiores níveis de religiosidade/espiritualidade têm sido associados a fatores como otimismo, emoções positivas, autoestima, satisfação com a vida e suporte social, o que também pode esclarecer as razões das associações encontradas entre *coping* religioso e resiliência (Cotton et al., 2006; Gall & Guirguis-Younger, 2013).

No que se refere à QV, nossos resultados não reforçam a existência de associação significativa entre *coping* religioso positivo e melhor QV identificada em estudos anteriores com PVHA (Dalmida et al., 2015; Henry et al., 2013; Trevino et al., 2010; Tsevat et al., 2009). No estudo de Tsevat et al. (2009), por exemplo, CRP se associou com a percepção de que a vida é melhor após o diagnóstico e com melhora da QV, e negativamente com a deterioração da QV. No presente estudo, apenas o *coping* religioso negativo esteve significativamente relacionado à QV, sendo a direção dessa relação negativa. Esse resultado indica que enquanto usar *coping* religioso em si não é particularmente benéfico, usar *coping* religioso negativo é mal adaptativo e pode estar associado a pior avaliação da QV. Os dados sugerem que uma das formas para reduzir os impactos do CRN no funcionamento mental seria estimular o desenvolvimento de estratégias de *coping* religioso positivas que, por sua vez, poderiam contribuir para a QV na medida em que o uso do CRN fosse diminuído.

Os resultados de Lee et al. (2014) se coadunam com os resultados do presente estudo. Eles observaram que CRN se relacionou com percepção de pior QV e depressão, enquanto o CRP se associou com satisfação com a vida e medidas de afeto positivo, mas não com o escore da QV.

Trevino et al. (2010) examinaram a relação entre CR e resultados de saúde em PVHA e encontraram que aquelas que utilizaram mais CRP apresentaram melhor QV percebida e bem-estar ao longo do tempo. Em contrapartida, aquelas que apresentaram luta espiritual tiveram uma progressão mais rápida do HIV e menor QV. Portanto, *coping* positivo esteve relacionado a resultados mais positivos em PVHA nesse estudo.

Nossos achados reforçam a relação entre *coping* religioso e QV e dialoga com a literatura científica que tem indicado a importância da dimensão religiosa/espiritual para a QV das pessoas. Apesar do CRP não ter se associado de forma significativa a nenhuma dimensão de QV, o CRN associou de forma negativa e significativa a todas às dimensões exceto a física, e se mostrou uma variável preditora significativa de QV nas análises multivariadas.

Dessa forma, os dados empíricos do presente trabalho corroboram a correlação negativa entre todos os domínios de QV e CRN negativo (Ironson et al., 2006; Joshi & Kumari, 2009; Tsevat et al., 2009; Trevino et al., 2010), mas não reforça a existência da correlação positiva entre QV e CR positivo



(Cotton et al., 2006; Trevino et al., 2010; Tsevat et al., 2009). As escalas de *coping* religioso associaram-se a alguns domínios de QV: psicológico, relações sociais e crenças pessoais.

A pequena, ainda que significativa, contribuição do CRN na QV (4% de contribuição para a variância da QV) não pode contestar possíveis implicações da religiosidade/espiritualidade na QV já que o *coping* religioso é apenas um de vários outros possíveis preditores dessa relação. O estudo não investigou outras possíveis variáveis preditores da QV como estratégias de *coping* não religiosas, fatores psicológicos como autoeficácia e suporte social (Prado, 2004).

Em suma, os resultados indicaram que três variáveis antecedentes investigadas no presente estudo contribuíram de modo significativo para a explicação de 25% (24% ajustado) da variância da QV: resiliência, seguido do *coping* religioso negativo e da escolaridade. Ressalta-se assim, as influências relevantes de variáveis psicossociais na predição dos resultados de QV, bem como a multidimensionalidade desse construto que requer análises mais complexas e que envolvam um número maior de variáveis para a sua compreensão.

### **Limitações do Estudo**

Os resultados devem ser interpretados com cautela já que limitações podem ser identificadas no presente estudo. Os dados foram coletados com PVHA que eram assistidas em um hospital localizado em Goiânia, estado de Goiás, e se constituiu em amostra de conveniência. Ademais, a grande maioria dos participantes pertencia a uma afiliação religiosa cristã, de modo que a generalização dos resultados para indivíduos de outras denominações religiosas deve ser feita com parcimônia. Além disso, foram estudados pacientes com bom acesso ao acompanhamento e tratamento para HIV/aids: mais de 95% estavam tomando antirretrovirais (ARV) e a maioria apresentou taxas de carga viral abaixo do limite detectável e com bons níveis de células T CD4+. Os resultados, não podem, portanto, ser estendidos para pacientes que não tem acesso aos ARV, como pacientes de outros países onde a TARV não está disponível de forma universal.

A amostra estudada foi representativa dos pacientes que frequentavam um hospital de Goiânia acompanhado por médicos infectologistas e equipe multidisciplinar, com poucas recusas de participação na pesquisa. Amostras de serviços universitários de referência tendem a abordar pessoas em melhores condições de vida e saúde, de modo que a QV dos indivíduos participantes neste estudo pode ter sido superestimada. É possível esperar escores menores em populações excluídas e em serviços com recursos mais precários e limitados.

O delineamento transversal, ainda que com análises estatísticas multivariadas, coloca limitações na inferência de relações causais entre as variáveis estudadas. Os níveis de resiliência, de estratégias de *coping* religioso e de percepção da QV parecem ter sido desencadeados pelas boas condições de saúde dos participantes. Por exemplo, níveis mais altos de estresse poderiam provocar maiores níveis de *coping* religioso negativo já que a literatura atesta que ele é mais mobilizado sob condições de estresse severo e recursos limitados, ou seja, é mais provável que indivíduos com pior

saúde física utilizem níveis mais altos de *coping* religioso positivo e negativo. Estudos têm demonstrado que indicadores de pior *status* de saúde, como número de diagnósticos médicos, foram associados com níveis mais altos, tanto de *coping* religioso positivo quanto negativo (Pargament, 1997; Pargament et al., 1998). De maneira análoga, pessoas que vivenciaram o agravamento de sua condição crônica e necessitaram de atendimento em uma unidade de emergência mobilizaram maior resiliência para o enfrentamento desta condição (Tavares et al., 2011).

Este tipo de delineamento não oferece informação acerca das implicações sobre o processo de *coping* religioso ao longo do tempo, ou seja, não permite examinar os efeitos do envolvimento religioso em mudanças na qualidade de vida e resiliência e também se mudança no *status* de saúde alteraria o uso do *coping* religioso. Ao se pensar a QV, por exemplo, deve-se considerar que a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com a mudança de prioridades ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar. O mesmo vale para a resiliência e o *coping* religioso.

Um entendimento abrangente de relações causais requer delineamentos de pesquisa longitudinais, com amostras randomizadas, que têm sido pouco realizados (Pargament et al., 2001; Pargament, et al., 2004) e são necessários para determinar e esclarecer as mudanças nas variáveis e os efeitos a longo prazo (Pargament et al., 1998).

Não foi explorado neste estudo os vários fatores potenciais que podem estar relacionados à capacidade de resiliência dos indivíduos e fatores propiciadores desta capacidade. No futuro, seria importante conduzir pesquisas qualitativas valendo-se de entrevistas, levantamentos com questões abertas, estudos de casos e processos narrativos para se compreender o processo de resiliência e suas relações com o *coping* religioso, bem como suas implicações na qualidade de vida de PVHA. Uma outra limitação metodológica do presente estudo é que os dados apresentados, provenientes de medidas de autorrelato, podem ser influenciadas por diversos fatores como a deseabilidade social, estado de humor e desejo de manejar impressões do pesquisador.

Sobre as escalas utilizadas, o instrumento para avaliar enfrentamento religioso se mostrou satisfatório para acessar estratégias de *coping* religioso de uma maneira eficiente, com boas condições psicométricas e teoricamente embasado. O caráter breve da escala CR traz a vantagem de ser prática e de fácil aplicação. No entanto, pode trazer limitações para um olhar mais extensivo a outros métodos de *coping* religioso. A depender do objetivo do estudo, pesquisadores podem usar a versão completa ou selecionar suas subescalas para acessar métodos de *coping* religioso específicos para realizarem uma avaliação mais detalhada e abrangente de enfrentamento religioso.

Até onde alcança nosso conhecimento, não existe na literatura científica instrumento designado a avaliar resiliência especificamente em pacientes soropositivos, validado no Brasil e a escala empregada em nosso estudo não foi utilizada em outros grupos de pacientes com doenças crônicas. Os demais instrumentos, validados para a população brasileira, se mostraram satisfatórios e adequados para os objetivos do estudo.

### **Implicações para a Prática Profissional em HIV/aids**

É importante que profissionais de saúde, em especial os psicólogos, reconheçam a importância da religiosidade/espiritualidade na assistência a pessoas soropositivas, pois esta pode desempenhar um papel crítico no prognóstico, constituindo-se tanto em possível fator de proteção ou de risco.

Trevino et al. (2010) oferecem algumas sugestões para assistência em saúde em HIV/aids considerando aspectos do enfrentamento religioso: avaliar as estratégias de *coping*, visando a identificação precoce da presença de um conflito espiritual, o que é importante para mitigar seus efeitos; apoiar e incentivar os pacientes que utilizam recursos religiosos de *coping*; estar aberto a incorporar técnicas de enfrentamento religioso no planejamento do tratamento e adequar intervenções para que incluam a discussão de crenças religiosas/espirituais.

Kisenyi et al. (2013) também fazem algumas considerações que merecem atenção e destaque durante a prática clínica com esta população: profissionais de saúde devem colaborar com líderes espirituais e religiosos para fornecer educação ao paciente no intuito de desconstruir mitos e equívocos sobre o medicamento ARV e o HIV/aids. Os profissionais de saúde devem envolver-se em práticas clínicas que abordem as necessidades religiosas e espirituais desses pacientes. A colaboração entre líderes religiosos e profissionais de saúde é uma das estratégias subutilizadas em tratamento de HIV/aids apesar do seu potencial em melhorar aspectos críticos, como adesão aos ARV, segundo esse autor.

Segundo Pargament et al. (2004), intervenções poderiam acessar e desenvolver estratégias de *coping* religioso positivos para apoiar pacientes no enfrentamento de desafios da doença e lidar com conflitos espirituais, antes que estes se tornem crônicos, visando reduzir seus impactos deletérios na saúde mental. Um diagnóstico como o HIV/aids pode desencadear questões espirituais relevantes sobre o significado da doença, propósito na vida e relacionamento com Deus, que profissionais de saúde podem abordar, indagando sobre temas espirituais ou religiosos durante o atendimento clínico, sobretudo porque estudos demonstram que pacientes almejam que os profissionais, inclusive os terapeutas, perguntem sobre os aspectos religiosos/espirituais de suas vidas (Cotton et al., 2006).

Cabe destacar que poucos estudos avaliaram se as intervenções espiritualmente embasadas destinadas a reduzir conflitos religiosos – frequente em pessoas que utilizam estratégias negativas de enfrentamento religioso – poderiam melhorar a QV geral ou a satisfação de vida em pessoas com uma doença crônica, como a aids (Cotton et al., 2006). Intervenções que visam promover a integração entre espiritualidade e *coping* precisariam ser testadas e validadas em estudos futuros. É importante definir indicadores para determinação da confiabilidade e da eficácia destas intervenções na promoção de um cuidado integral e de melhoria da QV em indivíduos com HIV/aids. Uma abordagem de integração não deve julgar o indivíduo com base no que a pessoa mantém como verdade religiosa, mas deve valorizar como a pessoa é capaz de integrar sua religião com as demandas da vida (Pargament, et al., 1994; Pargament, 1997; Weber & Pargament, 2014).

Uma avaliação abrangente e aprofundada das múltiplas formas das expressões da religião no *coping* é apropriada, e até essencial, para uma integração mais completa das dimensões religiosas e espirituais em intervenções clínicas que visam promover saúde e melhorar a QV. Dado os efeitos do *coping*, profissionais da saúde devem abordar e discutir na sua prática clínica temas religiosos e integrá-los ao tratamento. Profissionais da saúde mental com clientes que professam de crenças religiosas devem ser sensíveis e discriminar a presença dos lados potencialmente úteis ou prejudiciais da religião (Pargament et al., 2000).

Dado que estratégias religiosas negativas podem ser precursoras de problemas relacionados à saúde, da mesma forma que indicadoras de estresse imediato, alertam para a necessidade de ajuda no processo de *coping*. A identificação de pacientes que experimentam decepções e lutas espirituais e encaminhá-los para a psicoterapia espiritualmente integrada, para evitar resultados ainda mais prejudiciais e para prevenir sofrimento psicológico, é particularmente importante para aqueles com HIV segundo alguns autores (Prado et al., 2004).

Estudos são necessários também para identificar variáveis sociodemográficas e de personalidade que são preditores de *coping* religioso negativo ou positivo. De fato, a teoria do *coping* identifica outros preditores em potencial do *coping* religioso como personalidade, *status* socioeconômico, raça e gênero (Pargament et al., 1992).

Sugere-se a realização de mais estudos sobre *coping* religioso em culturas fora do contexto ocidental que são em grande parte não cristãs e inclusive não-teístas. Embora Panzini e Bandeira (2005, 2007) tenham adaptado a escala RCOPE à cultura brasileira, devido à maior diversidade religiosa/espiritual do Brasil em relação aos Estados Unidos, criando inclusive itens nacionais que culminou na elaboração e validação da Escala CR e da CR breve utilizada neste estudo, deve-se atentar para a diversidade no que se refere às religiões no Brasil. Autores, por exemplo, assinalam que novas formas da espiritualidade evangélica brasileira tem preconizado formas específicas de *coping* religioso em seu discurso. Portanto, uma análise considerando as particularidades com as diferentes afiliações se fazem pertinentes (Oliveira, 2012).

Gall e Guirguis-Younger (2013) ressaltam que uma tendência interessante de futuras pesquisas é considerar a influência do contexto sociocultural no *coping* religioso/espiritual, já que ele pode ser mais utilizado em algumas culturas e grupos sociais, e também em determinadas fases do desenvolvimento humano, apontando para questões importantes sobre como o enfrentamento religioso evolui ao longo da vida.

A compreensão de que a resiliência é dinâmica e pode ser desenvolvida reforça sua relevância na adaptação às demandas do processo saúde-doença e na melhoria da qualidade de vida de PVHA, o que propõe novas perspectivas para o cuidado em saúde (Grings, & Vigueras, 2012). Sugere-se, portanto, que o enfoque da resiliência no cuidado de pessoas com HIV/aids seja reforçado, buscando o desenvolvimento de aspectos resilientes por parte dos profissionais de saúde. Dyer, Patsdaughter, McGuinness, O'Connor e De Santis (2004) utilizaram quatro estudos de casos exemplares de clientes

que vivem com a infecção pelo HIV para descrever o processo pelo qual essas pessoas desenvolveram relações terapêuticas com os seus prestadores de cuidados de saúde. As relações terapêuticas fomentaram e promoveram resiliência modelando habilidades pró-sociais e auxiliando o cliente no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento.

Mais estudos precisam ser realizados para estudar a forma como os profissionais de saúde podem desenvolver intervenções que promovam resiliência. Devido às associações do *coping* religioso na resiliência, sendo inclusive um preditor significativo da mesma, é importante saber como acessar a religiosidade como recurso de enfrentamento com implicações para a QV e resiliência. Intervenções para promover a resiliência entre usuários devem ser direcionadas para a identificação de fatores de motivação e estratégias de gestão da doença que podem influenciar os resultados de saúde das pessoas que vivem com a infecção pelo HIV. Os profissionais e a equipe de saúde podem se valer da compreensão dos fatores que dificultam e que facilitam o processo de resiliência e enfrentamento da doença, mediante a descrição por parte do próprio paciente de suas experiências, atitudes e crenças sobre a doença e o tratamento, para ajudá-lo no processo de enfrentamento (Felix & Ceolim, 2012).

Nossos achados atestam a importância de se distinguir religião e espiritualidade porque muitos afirmaram que tinham crenças religiosas mesmo não se declarando ligadas a uma afiliação específica. Autores também observaram que PVHA se identificaram como mais espiritualizados que religiosos devido ao estigma e vergonha que algumas organizações religiosas podem atribuir à sua condição fazendo-os se sentir rejeitados (Cotton et al., 2006; Henry, 2013; Ironson et al., 2006; Ironson & Kremer, 2010).

Neste sentido, sugere-se estender as pesquisas sobre *coping* espiritual e saúde, não apenas religiosa, tanto por razões teóricas e práticas já que maioria das ferramentas de avaliação só medem enfrentamento religioso. Poucas escalas levam em consideração as estratégias espirituais, não-religiosas de enfrentamento. Para suprir tal lacuna, o estudo de Charzyn´ska (2015) é uma construção e validação preliminar de um questionário concebido para medir *coping* espiritual, baseado em definições de espiritualidade que se referem ao conceito de transcendência. A versão final do *Spiritual Coping Questionnaire* (SCQ) é composto por 32 itens que constituem duas escalas: *coping* espiritual positivo e negativo. A escala de *coping* espiritual positivo inclui quatro subescalas/domínios (pessoais, sociais, ambientais e religiosos), e a escala de *coping* espiritual negativo, três subescalas (pessoais, sociais e religiosas). A validade e a confiabilidade da ferramenta são satisfatórias. O questionário pode ser usado para medir *coping* espiritual, tanto entre pessoas religiosas e não-religiosas. De forma análoga à definição de *coping* religioso proposta por Pargament (1997), *coping* espiritual pode ser definido como tentativas de superar o estressor sobre a base do que é transcendente. Transcendência pode assumir diferentes sentidos: o autoaperfeiçoamento, o aprofundamento das relações com os outros, construindo o sentido de unidade com a natureza ou apego e confiança em um Ser Divino (Miller & Thoresen, 2003). A definição leva em conta a transcendência como o núcleo da espiritualidade e, ao mesmo tempo enfatiza a sua multidimensionalidade (Charzyn´ska, 2015). *Coping*

espiritual também é definido como um conjunto de habilidades cognitivo-comportamentais que focam na conexão com uma maior presença que ajuda na criação de significado, a resignificação positiva, aut Capacitação e crescimento em um nível pessoal e/ou espiritual (Kremer & Ironson, 2009).

## CAPÍTULO 7

### Considerações finais

O perfil sociodemográfico da população estudada não se diferenciou de outros estudos em situações semelhantes, mesmo levando em consideração as diferenças regionais e as várias faces da epidemia no Brasil. A ampla disseminação da epidemia e seu rápido avanço demonstram que a doença tem atingido indivíduos de muitas faixas etárias e diferentes níveis socioeconômicos. A desigualdade socioeconômica-cultural brasileira gera no país uma epidemia de caráter multifacetado (Bertoni et al., 2010).

Os bons resultados de QV eram esperados, pois a aids hoje tem tratamento e possibilidades efetivas de controle mediante o uso de medicamentos antirretrovirais altamente potentes, sendo considerada uma enfermidade crônica (Chen, Hoy, & Lewin, 2007). Essa mudança é consequência não apenas da redução da morbimortalidade por aids mas, sobretudo, devido a um ganho adicional na qualidade de vida dos indivíduos infectados (Casotti et al., 2011).

Destaca-se que, independentemente das condições econômicas e sociais, os resultados apontaram para uma percepção de QV dos participantes satisfatória, com avaliações intermediárias em todos os domínios medidos. Neste estudo, verificou-se que a baixa escolaridade se apresentou como uma condição que pode dificultar a vivência cotidiana de PVHA, tendo em vista suas relações com pior avaliação de QV. Um dado importante deste estudo foi que as variáveis médico-clínicas como níveis de células CD4, carga viral, variação no tempo desde o diagnóstico de soropositividade e tempo de uso de ARV se mostraram pouco relevantes na percepção de uma QV satisfatória dos participantes, se comparadas às psicossociais, como resiliência, e sociodemográficas, como escolaridade e gênero. Portanto, apesar da grande maioria das pesquisas com pessoas com HIV/aids girar em torno do manejo médico da infecção, evidencia-se também a necessidade de mais estudos que possam avaliar de forma mais clara a relação entre aspectos clínicos, psicológicos e ambientais na percepção de qualidade de vida em pacientes que vivem com HIV/aids (Litwinczuk & Groh, 2007).

Os resultados confirmaram o papel importante que o *coping* religioso pode desempenhar na resiliência e qualidade de vida de PVHA e, portanto, deveria ser rotineiramente avaliado pelos profissionais de saúde. As relações identificadas no presente estudo sugerem que o *coping* religioso pode influenciar o processo de superação das adversidades relacionadas à convivência com a infecção por HIV/aids e destacam o papel destas estratégias na QV. Achados desse estudo, ao lado de outros, podem ser utilizados no desenvolvimento de intervenções que levem em consideração fatores psicossociais que têm sido negligenciados na assistência em saúde à PVHA (Kisenyi et al., 2013).

Nesse sentido, a constatação da presença de melhores níveis de resiliência, menor uso de *coping* religioso negativo e maior escolaridade para uma percepção de qualidade de vida satisfatória revela a importância das redes de apoio psicossocial no cuidado de PVHA. Além disso, os fatores

supracitados trazem a necessidade de um cuidado mais integral às pessoas que vivem com HIV/aids. Esses aspectos têm levado a mudanças no foco de estudos e assistência a pessoas soropositivas para fatores que promovem bem-estar psicológico, presença e redução de preconceito em relação à infecção, adesão ao tratamento e, principalmente, avaliação de QV no contexto do HIV/aids (Medeiros et al., 2013; Seidl, 2005).

Por fim, a inclusão da avaliação da qualidade de vida no seguimento clínico, com instrumentos padronizados, pode identificar domínios mais críticos de suas vidas e ter efeitos positivos na qualidade da atenção. A avaliação de QV, resiliência e do *coping* religioso de pessoas que vivem com o HIV/aids pode contribuir para o direcionamento de ações e de intervenções dos profissionais visando uma atenção integral à saúde.

Uma implicação desse estudo é que muitos pacientes com HIV/aids não apenas conseguem enfrentar e se adaptar à soropositividade mas mantêm boa saúde e QV, o que oferece esperança para inúmeras pessoas infectadas com um vírus que anteriormente prenunciava sofrimento e morte. Tal como já assinalado, nossos resultados sobre a associação entre *coping* religioso negativo e QV implica que algum tipo de intervenção que integre a espiritualidade pode ser útil para alguns pacientes.

É importante que profissionais de saúde reconheçam a importância e os benefícios potenciais da religiosidade na atenção a pessoas com HIV/aids, e que esta pode desempenhar um papel crítico no prognóstico de HIV de muitos pacientes, constituindo-se tanto um possível fator de proteção ou de risco no contexto da soropositividade. Certamente esta é uma atitude que exige ética, tendo em vista que se trata de aceitar a religiosidade como um valor do paciente e, muitas vezes, essa é o único recurso de enfrentamento da soropositividade que o mesmo possui em determinado momento.



### Referências

- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., & Krause, N. (2015). Religion as problem, religion as solution: religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. *Quality of Life Research*, *24*, 1-10.
- Alcorta, C. S. (2006). *Youth, religion, and resilience*. Tese de Doutorado, University of Connecticut, Connecticut, EUA.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão da literatura. *Psicologia Argumento*, *27*(58), 253-260.
- Antoni, M. H., Carrico, A. W., Duran, R. E., Spitzer, S., Penedo, F., Ironson, G., Fletcher, M. A., ... Schneiderman, N. (2006). Randomized clinical trial of cognitive behavioral stress management on Human Immunodeficiency Virus viral load in gay men treated with highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 143–151.
- Bianchini, D. C. S., & Dell’Aglío, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*, *16*(35), 427-436.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *11*(3), 125-146.
- Bertoni, R. F., Bunn, K., Silva, J., & Traebert, J. (2010). Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, *39*(4), 75-79.
- Bonomo, A. A., Gragefe, C. K., Gerbasí, A. R. V., Carvalho, M. D. B., & Fontes, K. B. (2015). Religious/spiritual coping in cancer patients under treatment. *Journal of Nursing UFPE*, *9*(3), 7539-7546.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, *21*(49), 263-271.
- Brito, H. L. (2010). *Coping religioso: Implicações para a prática clínica*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade de Goiás, Goiânia, Goiás.
- Bush, E. G., Rye, M. S., Brant, C. R., Emery, E., Pargament, K. I., & Riessinger, C., A. (1999). Religious coping with chronic pain. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, *24*(4), 249–260.
- Cal, S. F., Sá, L. R., Glustak, M. A., Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, *2*, 1024928, 1-9.
- Calvetti, P. U., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2008). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, *13*(3), 523-530.
- Calvetti, P. U. (2010). *Fatores biopsicossociais preditivos para a adesão e qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS bem-sucedidas no tratamento de saúde*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS, Porto Alegre, RS.

- Canini, S. R. M. S., Reis, R. B., Pereira, L. A., Gir, E., & Pelá, N. T. R. (2004). Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: Uma revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *12*(6), 940-945.
- Carvalho, F. T., Moraes, N. A., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Caderno de Saúde Pública*, *23*(9), 2023-2033.
- Casotti, J. A. S., Passos, L. N., Oliveira, F. J. P., & Cerutti, C. (2011). Prevalence of discordant immunologic and virologic responses in patients with AIDS under antiretroviral therapy in a specialized care center in Brazil. *Revista do Instituto de Medicinas Tropicais de São Paulo*, *53*(6), 301-307.
- Castro, E. K., & Remor, E. A. (2004). Aspectos psicossociais e HIV/Aids: Um estudo bibliométrico (1992-2002) comparativo dos artigos publicados entre Brasil e Espanha. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *17*(2), 243-250.
- Castro, E. K., & Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliência em niños enfermos crônicos: Aspectos teóricos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, *12*(1), 81-86.
- Charzyn'ska, E. (2015). Multidimensional approach toward spiritual coping: Construction and validation of the Spiritual Coping Questionnaire (SCQ). *Journal of Religion and Health*, *54*, 1629–1646
- Chen, L. F., Hoy, J., & Lewin, S. R. (2007). Ten years of highly active antiretroviral therapy for HIV infection. *Medical Journal of Australia*, *186*(3), 146-151.
- Cotton, S., Puchalski, C. M., Sherman, S. N., Mrus, J. M., Peterman, A. H., Feinberg, J., Pargament, K. I., Justice, A. C., Leonard, A. C., Tsevat, J. (2006). Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, *21*, 5-13.
- Dalmida, S. G., Koenig, H. G., Holstad, M. M., & Thomas, T. L. (2015). Religious and psychosocial covariates of health-related quality of life in people living with HIV/AIDS. *HIV/AIDS Research and Treatment Open Journal*, *1*(1), 1-15.
- De Santis, J. P., Florom-Smith, A., Vermeesch, A., Barroso, S., & DeLeon, D. A. (2013). Motivation, management, and mastery: a theory of resilience in the context of HIV infection. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *19*(1), 36-46.
- Dyer, J. G., Patsdaughter, C. A., McGuinness, T. M., O'Connor, C. A., & De Santis, J. P. (2004). Retrospective resilience: The power of the patient-provider alliance in disenfranchised persons with HIV/AIDS. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, *10*, 57–65
- Emílio, E. V., & Martins, M. C. F. (2012). Resiliência e autoconceito profissional em policiais militares: um estudo descritivo. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, *20* (1-2), 23-29.
- Farber, E.W., Schwartz, J.A.J., Schaper, P.E., Moonen, D.J., & McDaniel, J.S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, *41*, 140–146.
- Faria, J. B. (2004). *Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com*

- HIV/aids*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2006a). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.
- Faria, J. B., & Seidl, E.M.F. (2006b). *Escala Breve de Enfrentamento Religioso: Adaptação para a língua portuguesa e análise da estrutura fatorial*. Manuscrito não publicado.
- Faustino, Q. M., & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 121-130.
- Felix, G., & Ceolim, M. F. (2012). O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 884-891.
- Ferreira, D. C., Favoreto, C.A.O., & Guimarães, M.B.L. (2012). The influence of religiousness on living with HIV. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 16(41), 383-393.
- Ferreira, B. E., Oliveira, I. M., & Paniago, A. M. M. (2012). Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 75-84.
- Fleck, M. P.A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Flores, C. A. (2012). Terapia cognitivo-comportamental e tratamento psicológico de pacientes com HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 55-60.
- Gall, T. L., & Guirguis-Younger, M. (2013). Religious and spiritual coping: Current. In K. I. Pargament (Ed.), *APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality, Volume 1: Context, theory, and research* (pp.349-364). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Galvão, M. T. G., Cerqueira, A. T. A. R., & Marcondes-Machado, J. (2004). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 430-437.
- Galvão, M. T. G., & Paiva, S. de S. (2011). Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1022-1027.
- Gaspar, J., Reis, R. K., Pereira, F. M. V., Neves, L. A. S., Castrighini, C. C., & Gir, E. (2011). Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 230-236.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In G. Gaskell, & M. W. Bauer (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 64-89). Trad. P. Guareshi. Petrópolis: Vozes.
- Grings, C. O., & Viguera, E. S. R. (2012). Superando as adversidades: Resiliência diante da doença arterial coronariana. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 10(32), 55-61.
- Henry, S. M. (2013). Spiritual coping in people with HIV: Relationship with medication adherence,

- safer sexual practices, and substance use. *Open Access Theses*. Paper 401.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, *58*(1), 64–74.
- Hull, M., Lange, J., & Montaner, J. S. (2014). Treatment as Prevention – Where Next? *Current HIV/AIDS Report*, [S.1.], 52-70.
- Ironson, G. et al. (2002). Spirituality/Religiousness index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine*, *24*(1), 34-48.
- Ironson, G., Stuetzle, R., & Fietcher, M.A. (2006). An increase in religiousness/ spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(5), 62–68.
- Ironson, G., & Kremer, H. (2010). Coping, spirituality, and health in HIV. *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, 289.
- Ironson, G., Stuetzle, R., Ironson, D., Balbin, E., Kremer, H., George, A., Schneiderman, N., & Fletcher, M. A. (2011). View of God as benevolent and forgiving or punishing and judgmental predicts HIV disease progression. *Journal of Behavioral Medicine*, *34*(6), 414-425.
- Jayasvasti, I., Hiransuthikul1, N., Pityaratstian, N., Lohsoonthorn1, V., Kanchanatawan, B., & Triruangworawat, B. (2011). The effect of cognitive behavioral therapy and changes of depressive symptoms among Thai adult HIV-Infected patients. *World Journal of AIDS*, *1*, 15-22.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2015). *AIDS by the numbers 2015*.  
Retirado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf)
- Joshi, S., & Kumari, S. (2009). Religion and AIDS: An overview. *Indian Journal of Social Science Researches*, *6*(1), 46-55.
- Junqueira, M. F. P. S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, *19*(1), 227-235.
- Kennedy, C. E., Medley, A. M., Sweat, M. D., & O'Reilly, K. R. (2010). Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*, *88*, 615–623
- Killian, B. (2004). Risk and Resilience. In R. Pharoah (Eds.), *A generation at risk? HIV/aids, Vulnerable children and security in southern Africa*, Monograph, 109.
- Kisenyi, R. N., Muliira, J. K., & Ayebare, E. (2013). Religiosity and adherence to antiretroviral therapy among patients attending a public hospital-based HIV/AIDS clinic in Uganda. *Journal of Religion Health*, *52*, 307–317.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *186*(9), 513-521.

- Koenig, H. G., Larson, D. B., & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35(3), 352-359.
- Kremer, H., & Ironson, G. (2009). Everything changed: spiritual transformation in people with HIV. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(3), 243-262.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lazzarotto, A. R., Deresz, L.F., & Sprinz, E. (2010). HIV/AIDS e treinamento concorrente: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 16(2), 149-154.
- Lee, M., Nezu, A. M., & Nezu C. M. (2014). Positive and negative religious coping, depressive symptoms, and quality of life in people with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(5), 921-930.
- Lemos, C. M, M., Moraes, D. W., & Pellanda, L. C. (2016). Resiliência em Pacientes Portadores de Cardiopatia Isquêmica. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 106(2), 130-135.
- Libório, R. M. C., Castro, B. M., & Coelho, A. E. L. (2006). Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: conceitos e reflexões críticas. In D. Dell'Aglio, S. H. Koller, & M. A. Yunes (Eds.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 89-115). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, F. L. A., Saldanha, A. A. W., & Oliveira, J. S. C. (2009). Bem-estar subjetivo em mães de crianças sorointerrogativas para o HIV/AIDS. *Psicologia em Revista*, 15(1), 141-157.
- Litwinczuk, M, K., & Groh, C. J. (2007). The relationship between spirituality, purpose in life, and well-being in HIV-positive persons. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 18(3), 13-22.
- Lopes, P. S. D., Silva, M. M. G., Torres, I. C., & Stadnik, C. M. B. (2011). Qualidade de vida dos pacientes HIV positivos com mais de 50 anos. *Revista da AMRIGS*, 55(4), 356-360.
- Lopes, V. R., & Martins, M.C. F. (2011). Validação fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-Risc-10) para Brasileiros. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 11(2), 36-50.
- Lopes, S. R. de A., & Massinelli, C. de J. (2013). Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. *Aletheia*, 40, 134-145.
- Maia, C. M. F. (2006). *Avaliação da qualidade de vida de pPortadores de HIV/AIDS*. Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.
- Marczyk, G., DeMatteo, D., & Festinger, D. (2005). *Essentials of research design and methodology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Martins, M. C. F., Emilio, E. R., & Siqueira, M. M. M. (2011). Construção e validação da Escala de Avaliação de Resiliência – EAR. Anais Eletrônicos do Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, Salvador, 7. Recuperado em 10 de novembro de 2011 de <http://www.conpsi7.ufba.br/>.
- McCullough, M. E. (1999). Research on religion-accommodative counseling: Review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 92-98.
- Medeiros, B., Silva, J. da, & Saldanha, A. A. W. (2013). Determinantes biopsicossociais que predizem

- qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(4), 543-550.
- Medeiros, B., & Saldanha, A. A. W. (2012). Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 53-61.
- Meirelles, B. H. S., Silva, D. M. G. V., Vieira, F. M.A., Souza, S. S., Coelho, I. Z., & Batista, R. (2010). Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/aids. *Revista Rene Fortaleza*, 11(3), 68-76.
- Mellagi, A. G. (2009). *O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35
- Ministério da Saúde (2015). *Boletim Epidemiológico HIV-Aids*. Brasília: Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais.
- Montaner, J. S. G. (2013). Treatment as prevention: toward an AIDS-free generation. *Topics in Antiviral Medicine*, 21(3), 110-114.
- Morais, N. A., & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In S. H. Koller (Ed.), *A ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenções no Brasil* (pp. 91-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moser, A. M. M., & Traebert, J. (2011). Adaptação transcultural do questionário HIV-AIDS-Target Quality of Life para avaliação da qualidade de vida em pacientes com HIV/aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1357-1562.
- Mota, D. C. G. d'Arce., Benevides-Pereira, A.M.T., Gomes, M.L., & Araújo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doença de chagas. *Aletheia*, 24, 57-68.
- Nombo, C., & Niehof, A. (2008). Resilience of HIV/AIDS-affected households in a village in Tanzania: Does social capital help? *Medische Antropologie*, 20(2), 241-257.
- Nooney J., & Woodrum, E. (2002). Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: testing a conceptual model. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 359-368.
- Noronha, M. G. R. C.S., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P., & Centra, M. L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506.
- Oliveira, T. M. V. (2001). Amostragem não probabilística: Adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *Administração Online: Prática, Pesquisa e Ensino*, 2(3). Recuperado em 10 de setembro, 2011, de [http://www.fecap.br/adm\\_online/art23/tania2.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm).
- Panzini, R.G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de

- Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2005). Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de constructo. *Psicologia em Estudo*, *10*(3), 507-516.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista Psiquiatria Clínica*, *3*(1), 126-135.
- Pargament, K.I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal of Scientific Study of Religion*, *27*(1), 90-104.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Scientific Study of Religion*, *2*, 195-224.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K., & Warren, R. (1990). God help me (I): religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *18*(6), 504-513.
- Pargament, K. I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D. S., & Haitsma, K. V. (1992). God help me (II): the relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *Journal of Scientific Study of Religion*, *31*(4), 504-513.
- Pargament, K. I., et al. (1994). Methods of religious coping with the Gulf War: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *33*(4), 347-361.
- Pargament, K.I., & Park, C.L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues*, *51*(2), 13-32.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J., & Stanik, P. (1998a). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, *54*(1), 77-89.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, L. (1998b). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *37*(4), 710-724.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(4), 519-543.
- Pargament, K.I., Tarakeshwar, N., Ellison, C.G., & Wulff, K. M. (2001). Religious coping among religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *40*(3), 497-513.
- Pargament, K. I., Koenig, H., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, *9*(6), 713-730.

- Pargament, K. I, McCarthy, S., Shah, P., Ano, G., Tarakeshwar, N., Wachholtz, A., Duggan, J. (2004). Religion and HIV/AIDS: A Review of the literature and clinical implications. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1201–1209.
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2, 51-76
- Pedroso, B., Gutierrez, G. L., Duarte, E., Pilatti, L. A. & Picinin, C. T. (2012). Avaliação da qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS: uma visão geral dos instrumentos WHOQOL-HIV e WHOQOL-HIV-BREF. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, 10(1), 50-69.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 436-448.
- Peres, J. F. P., Moreira-Almeida A., Nasello, A.G., & Koenig, H. G. (2007). Spirituality and Resilience in Trauma Victims. *Journal of Religion and Health*, 46, 343–350.
- Phelps, A. C, Maciejewski, P.K., Nilsson, M., Balboni, T. A., Wright, A. A., Paulk, M. E., Trice, E., Schrag, D., Peteet, J. R., Block, S. D, Prigerson, H. G. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *Jama*, 301(11), 1140-1147.
- Polleto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 405-416.
- Prado, G., Feaster, D. J., Schwartz, S. J., Pratt, I. A., Smith, L., & Szapocznik, J. (2004). Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive african american mothers. *AIDS and Behavior*, 8(3), 221–235.
- Razera, F. (2007). *Fatores associados à qualidade de vida em saúde de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre, RS.
- Reis, R. K., Haas, V. J., Santos, C. B., Teles, S. A., Galvão, M. T. G., & Gir, E. (2011a). Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 19(4), 1-8.
- Reis, R. K., Santos, C. B., Dantas, R. A. S., & Gir, E. (2011b). Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(3), 565-75.
- Resende, M. C., Silva, R. M., Marques, T. P., & Abreu, M. V. (2008). Coping e satisfação com a vida em adultos com AIDS. *Psico*, 39(2), 232-239.
- Santos, E. C. M., Junior, I. F., & Lopes, F. (2007). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 64-71.



- Santos, A.F. (2011). *A resiliência e sua forma de promoção em famílias que convivem com a doença crônica*. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, MG.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/Aids: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2305-2316.
- Seidl, E. M. F., & Faustino, Q. M. (2014). Pessoas vivendo com HIV/aids: possibilidades de atuação da psicologia. In E.M.F. Seidl & M.C.O.S. Miyazaki (Eds.), *Psicologia da Saúde: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 21- 54). Curitiba: Juruá.
- Seidl, E. M. F. (2015). Atuação da psicologia em HIV/aids: reflexões e experiências a partir de um projeto de extensão universitária. In L. Polejack, A. M. de A. Vaz, P. M. G. Gomes & V. C. Wichrowski (Eds.), *Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios* (pp. 100-120). Porto Alegre: Rede Unida.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(1), 91-102.
- Siegel, K., Anderman, S. J., & Schrimshaw, E. W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, 16, 631-653.
- Silva, J. R., & Goveia, A. (2004). Resiliência e Aids. In Convenção Latino Brasil América (Ed.), *Anais, Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais*. Foz do Iguaçu: Centro Reichiano.
- Silva, A. I., & Alves, V. P. (2007). Envelhecimento: resiliência e espiritualidade. *Diálogos Possíveis*, 14, 189-209.
- Silva, R. A. R. Rocha., V. M., Davim, R. M. B., & Torres, G. V. (2008). Formas de enfrentamento da AIDS: opinião de mães de crianças soropositivas. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(2), 260-265.
- Silva, P. E. (2009). *Aids e religiosidade: influências intersubjetivas aos acometidos pela epidemia*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba - UFPB. João Pessoa, PB.
- Siqueira, M. M. M., Emílio, E.R.V., & Martins, M. C. F. (2010). Escala de Avaliação de Resiliência - EAR: construção e validação. Manuscrito não publicado.
- Soárez, P. C., Castelo, A., Abrão, P., Holmes. W. C., & Ciconelli, R. M. (2009). Tradução e validação

- de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 25(1), 69–76.
- Souza, M. T. S., & Cervený, C. M. O. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 119-126.
- Szaflarski, M., Ritchey, P. N., Leonard, A. C., Mrus, J. M., Peterman, A. H., Ellison, C. G., McCullough, M. E., & Tsevat, J. (2006). Modeling the effects of spirituality/religion on patient's perceptions of living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 28-38.
- Tarakeshwar, N., & Pargament, K. I. (2001). Religious coping in families of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16(4), 247-260.
- Tavares, B. C., Barreto, F. A., Lodetti, M. L., Silva, D. M. G. V., & Lessmann, J. C. (2011). Resiliência de pessoas com *Diabetes Mellitus*. *Texto contexto - enfermagem*. [online], 20(4), 751-757.
- Tix, A. P., & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 411-422.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 40, 1403-1409.
- Trevino, K. M., Pargament, K. I., Cotton, S., Leonard, A. C., Hahn, J., Caprini-Faigin, C. A., & Tsevat, J. (2010). Religious coping and physiological, psychological, social and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS Behavior*, 14(2), 379-389.
- Tsevat, J. (2006). Spirituality/Religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 1-2.
- Tsevat, J., Leonard, A. C., Szaflarski, M., Sherman, S. N., Cotton, S., & Mrus, J. M. (2009). Change in quality of life after being diagnosed with HIV: A multicenter longitudinal study. *AIDS Patient Care*, 23(11), 931–937.
- Vance, D. E., Brennan, M., Enah, C., Smith, G. L., & Kaur, J. (2011). Religion, spirituality, and older adults with HIV: critical personal and social resources for an aging epidemic. *Clinical Interventions in Aging*, 6, 101-109.
- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-63.
- Weiss, S. M., Tobin, J. N., Antoni, M., Ironson, G., Ishii, M., Vaughn, A. ... Page, J. B. (2011). SMART/EST Women's Project Team. Enhancing the health of women living with HIV: the SMART/EST Women's Project. *International Journal Women Health*, 15(3), 63-77.
- Wieggers, E.S. (2008). Resilience and AIDS: Exploring resilience in the case of AIDS among female-

- headed households in Northern Zambia. *Medische Antropologie*, 20(2), 259-277.
- WHOQOL GROUP (2003). Initial steps to development the World Health Organization's Quality of life instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 15(3), 347-357.
- Woods, T. E., Antoni, M. H., Ironson, G.H., & Kling, D.W. (1999a). Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(2), 165-76.
- Woods, T. E., Antoni, M.H., Ironson, G.H., & Kling, D. W. (1999b). Religiosity is associated with affective in symptomatic HIV-infected African-American women. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 317-326.
- Yi, M. S., Mrus, J. M., Wade, T. J., Ho, M. L., Hornung, R. W. Cotton, S., ...Tsevat, J. (2006). Religion, Spirituality, and Depressive Symptoms in Patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 21-27.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e Educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8 (número especial), 75-84.
- Zimpel, R. (2003). *Avaliação da qualidade de vida de pacientes com HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre, RS.
- Zimpel, R., & Fleck, M. (2005). *Instrumento WHOQOL. Manual do usuário. Saúde Mental pesquisa e evidência*. Departamento de Saude Mental e Dependência Química da OMS. Genebra. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol\\_hiv\\_01.pdf](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol_hiv_01.pdf). (acessado em 10/09/2011).

**Anexo A**  
**Questionário Geral**

Questionário n°: \_\_\_\_\_

**Inicialmente, gostaríamos de saber algumas informações sobre você. Por favor, marque com um X a alternativa que se aplica a você.**

**1. Sexo:**      Masculino      Feminino

**2. Qual a sua idade?** \_\_\_\_\_

**3. Qual seu nível de escolaridade?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto (fiz até _____ série) | <input type="checkbox"/> Fundamental completo     |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto                      | <input type="checkbox"/> Ensino médio completo    |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto                   | <input type="checkbox"/> Ensino superior completo |

**4. Qual seu estado civil atual?**

- Vivo com minha esposa(o) ou companheiro(a)  
 Sou solteiro(a)  
 Sou separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)

**5. Você tem filhos?**

- Não            Sim. Quantos? \_\_\_\_\_ filhos.

**6. Você tem ou teve outra pessoa soropositiva na família? (Marque as alternativas que se aplicam a você).**

- Não  
 Sim, esposo(a) ou companheira(o) atual  
 Sim, ex-esposo(a) ou ex-companheiro(a)  
 Sim, um filho(a)  
 Sim, dois filhos(as)  
 Outro. Qual grau de parentesco? \_\_\_\_\_

**7. Qual a sua situação quanto ao emprego no momento?**

- Trabalho em emprego fixo, com todos os direitos trabalhistas  
 Trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas  
 Trabalho por conta própria regularmente  
 Trabalho por conta própria às vezes  
 Estou desempregado(a) / não estou trabalhando  
 Nunca trabalhei  
 Estou aposentado(a)  
 Tenho benefício continuado  
 Outra. Qual? \_\_\_\_\_



- nada importante
- um pouco importante
- mais ou menos importante
- importante
- muito importante
- não possuo fé ou crenças religiosas

**5. Alguma vez você mudou de religião/doutrina/crença ao longo da vida?**

1.  Não    2.  Sim, mudei de \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_

**6. Com que frequência você foi à igreja ou a outros locais de culto religioso nos últimos 3 meses?**

- não frequentei igreja ou locais de culto religioso
- uma a duas vezes em três meses
- uma a duas vezes por mês
- uma vez por semana
- duas ou mais vezes por semana
- todos os dias da semana

**7. Quanto a religião/espiritualidade tem lhe ajudado a manejar ou enfrentar as situações estressantes que você vive/viveu?**

- não tem ajudado
- tem ajudado pouco
- tem ajudado mais ou menos
- tem ajudado
- tem ajudado muito

**8. Você mudou de religião ou crença religiosa desde que recebeu o diagnóstico de infecção por HIV?**

- não, minha religião ou crença se manteve do mesmo jeito.
- sim, mudei de religião ou crença religiosa.
- sim, não tinha religião ou crença religiosa e passei a ter.
- sim, deixei de ter religião ou crença religiosa.

**9. Você mudou a frequência de suas práticas religiosas (ex.: rezar, orar, ir à igreja ou templo, meditar etc.) desde que recebeu o diagnóstico de infecção por HIV?**

- não mudei, mantive a mesma frequência
- sim, aumentei a frequência
- sim, diminuí a frequência

**10. . Você acha que sua religiosidade/espiritualidade tem influenciado em seu estado de saúde?**

- não influencia
- sim, percebo que tem ajudado.
- sim, percebo que tem prejudicado.
- outro: \_\_\_\_\_

**11. Você gostaria de acrescentar alguma informação ou fazer algum comentário?**

---

---

**Muito obrigada pela sua participação!**

## Anexo B

### Escala Breve de Enfrentamento Religioso

Para responder a esse questionário, pense sobre como você está lidando com a sua **soropositividade** (HIV positivo) neste momento da sua vida. Este questionário se refere a algumas maneiras como as pessoas enfrentam acontecimentos estressantes ou difíceis em suas vidas. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente relacionadas à sua religiosidade ou espiritualidade para enfrentar esta condição de saúde no momento atual.

Nós queremos saber **quanto** ou **com que frequência** você pensa ou faz o que o item afirma. Use uma das opções de resposta abaixo para cada item:

1. Nunca      2. Um pouco      3. Algumas vezes      4. Quase sempre

Não responda com base no que deu ou não deu certo, responda se você tem feito ou não o que o item diz. Tente avaliar cada item separadamente em sua mente. Não há respostas certas ou erradas, dê as respostas mais verdadeiras para você. Agora, marque com um **X** a resposta que melhor se aplica a você, em cada item:

	nunca	um pouco	algumas vezes	quase sempre
Procuro uma ligação mais forte com Deus	1	2	3	4
Busco o amor e o cuidado de Deus	1	2	3	4
Procuro a ajuda de Deus para me livrar da minha raiva ou rancor	1	2	3	4
Tento colocar meus planos em ação juntamente com Deus	1	2	3	4
Tento perceber como Deus estaria tentando me fortalecer com essa situação	1	2	3	4
Peço perdão pelos meus pecados	1	2	3	4
Me concentro na religião para parar de me preocupar com os meus problemas	1	2	3	4
Pergunto a mim mesmo se Deus me abandonou	1	2	3	4
Sinto que sou punido por Deus por causa da minha falta de devoção	1	2	3	4
Me pergunto o que fiz para ser punido por Deus	1	2	3	4
Questiono o amor que Deus tem por mim	1	2	3	4
Me pergunto se minha igreja ou meu grupo religioso me abandonou	1	2	3	4
Chego à conclusão que foi o diabo que fez isso acontecer	1	2	3	4
Coloco em dúvida o poder de Deus	1	2	3	4

### Anexo C

#### Escala de Avaliação da Resiliência – EAR

Você encontrará a seguir uma série de afirmativas relacionadas à capacidade humana de superação das adversidades. Por favor, indique o quanto você concorda com as seguintes declarações, assinalando à frente de cada uma, um “X” no quadro correspondente ao quanto elas se aplicam a sua vida de convivência com o vírus HIV. Por gentileza, procure responder a todas as questões com sinceridade e considerando sua condição de soropositividade.

Muito obrigada por sua colaboração.

<b>Nunca é verdade</b>	<b>Raramente é verdade</b>	<b>Algumas vezes é verdade</b>	<b>Frequentemente é verdade</b>	<b>Sempre é verdade</b>
<b>(0)</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Aprendo com minhas dificuldades ou experiências difíceis.					
2. Quando enfrento situações difíceis, posso contar com minhas crenças religiosas.					
3. O que tiver que ser, será.					
4. Procuo ver os vários ângulos dos problemas.					
5. Busco atingir meus objetivos mesmo nas dificuldades.					
6. Minha vida é influenciada por um ser superior.					
7. Lidar com stress pode me deixar mais forte.					
8. Passar por dificuldades pode gerar coisas boas para mim no futuro.					
9. Sou capaz de lidar com desafios.					
10. Não enfrento situações que exigem um esforço maior do que sou capaz.					
11. Consigo permanecer concentrado no que estou fazendo, mesmo estando sob pressão.					
12. Nunca desisto, mesmo quando penso em perder a esperança.					
13. Não luto contra os acontecimentos da vida.					
14. As mudanças sempre trazem um aprendizado para mim.					
15. Em algumas situações, só Deus ou a sorte podem ajudar.					
16. As situações difíceis me assustam e me deixam paralisado(a).					
17. Consigo lidar com sentimentos desagradáveis.					
18. Diante de desafios eu dou o melhor de mim.					
19. Nada posso fazer diante de acontecimentos negativos da vida.					
20. As dificuldades ajudam a me tornar melhor.					
21. Situações adversas podem ser solucionadas com a ajuda de Deus.					
22. Não há o que fazer contra o destino.					
23. Aprendo com as dificuldades da vida.					
24. Diante de um problema impossível de controlar ou resolver, mantenho o					



equilíbrio.					
25.Sinto-me protegido por Deus ou por alguma força sobrenatural.					
26. Experiências difíceis aumentam minha capacidade de enfrentar novos desafios.					
27. Experiências difíceis me deixam mais forte.					
28. Diante de acontecimentos negativos da vida, não faço nada.					
29. Eu me torno melhor depois de enfrentar cada dificuldade da vida.					
30. Acredito em milagres.					
31. As dificuldades que enfrento na vida me dão oportunidade de crescer.					
32. Sinto-me uma pessoa melhor depois de enfrentar problemas.					

**Anexo D**  
**Questionário WHOQOL-HIV BREF**

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você conseguiu se concentrar nas últimas duas semanas. Portanto, circule o número 4 se você conseguiu se concentrar bastante. Circule o número 1 se você não conseguiu se concentrar nada nas últimas duas semanas.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto você** tem sentido algumas coisas nas últimas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV?	1	2	3	4	5
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
5	Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
6	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5

7	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
8	Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5
9	O quanto você tem medo do futuro?	1	2	3	4	5
10	O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
12	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
13	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
14	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
15	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
16	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
17	Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece?	1	2	3	4	5
18	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
19	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
20	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
21	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
26	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
27	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
28	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
29	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
30	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
31	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Você tem algum comentário sobre o questionário? \_\_\_\_\_

---

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## Anexo E

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais (HDT)

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** Coping religioso, resiliência e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids**Pesquisador:** Hérica Landi de Brito**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 38058114.1.3001.0034**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia -UNB**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.004.386**Data da Relatoria:** 06/04/2015**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa atende a Resolução nº 466/12 com relação aos preceitos éticos.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

GOIANIA, 30 de Março de 2015

---

**Assinado por:**  
**Vilma Aparecida da Silva**  
**(Coordenador)**

## Anexo F

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (UnB)

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS / UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA / CAMPUS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Coping religioso, resiliência e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids

**Pesquisador:** Hérica Landi de Brito

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 38058114.1.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia -UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 993.672

**Data da Relatoria:** 27/03/2015

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram sanadas pela pesquisadora. O projeto foi aprovado pelo CEP/IH.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 21 de Março de 2015

---

**Assinado por:**  
**Livia Barbosa**  
**(Coordenador)**

**Anexo G****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Goiânia, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando um estudo cujo objetivo é identificar como as pessoas utilizam a religiosidade para lidar com a condição de soropositividade e como ela influencia a qualidade de vida. Sua participação é muito importante pois possibilitará uma maior compreensão acerca da influência de fatores religiosos e/ou espirituais na saúde física e psicológica de pessoas com HIV/aids. Poderá ainda acrescentar novas estratégias de prevenção e intervenção que tenham por objetivo a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida e da assistência prestada por parte dos serviços de saúde aos pacientes soropositivos.

A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga Hérica Landi de Brito (matrícula 12/0058367) sob orientação da professora Eliane Maria Fleury Seidl, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e se refere a um estudo de Doutorado.

Este é um convite para que o(a) senhor(a) participe desta pesquisa respondendo aos questionários que fazem parte do estudo. O encontro respeitará a sua conveniência e disponibilidade de tempo. Ressaltamos que as informações fornecidas são sigilosas e que o anonimato dos participantes está garantido.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim o desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) senhor(a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não acarretará em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a equipe de pesquisa. Qualquer dúvida ou informação complementar sobre a pesquisa pode ser respondida pela psicóloga Hérica Landi de Brito pelo telefone (062) 8197-6813 ou endereço eletrônico: herica\_lb@hotmail.com. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais através do telefone (062) 3201 3621.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração neste trabalho.

---

Hérica Landi de Brito  
Psicóloga CRP-09 007814

**Sim, aceito participar deste estudo.**Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_