

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

SANDRA HELENA DE OLIVEIRA

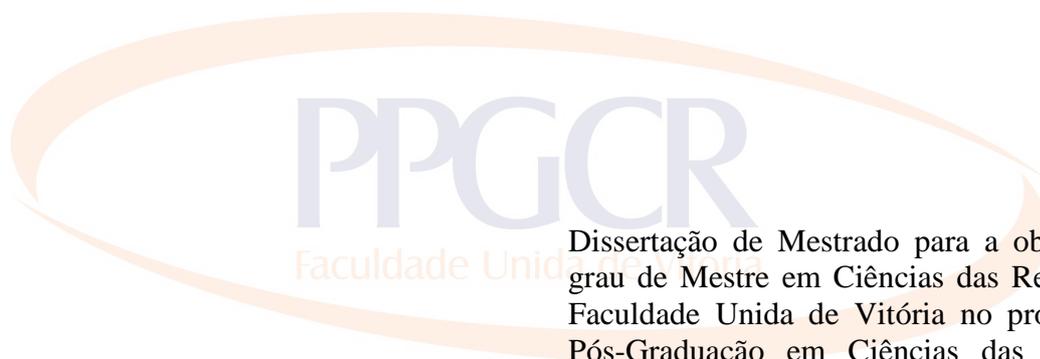
Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória – 04/12/2015.



Vitória – ES  
2015

SANDRA HELENA DE OLIVEIRA

RELIGIÃO E ENFERMAGEM: RECUPERAÇÃO E APOIO AOS PACIENTES HIV/AIDS  
ASSISTIDOS PELA ENFERMAGEM



Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões na Faculdade Unida de Vitória no programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões. Área de Concentração: Religião e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos

Vitória – ES

2015

Oliveira, Helena, Sandra de  
Religião e Enfermagem: Recuperação e Apoio aos Pacientes  
HIV/AIDS Assistidos pela Enfermagem. – Vitória: UNIDA / Faculdade  
Unida de Vitória, 2015.  
ix, 167f. ; 31 cm.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos  
Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória,  
2015.

Referências bibliográficas: f. 72-78

1. Ciências das religiões. 2. Religião. 3. Enfermagem. 4.  
Recuperação e Apoio aos Pacientes HIV/AIDS. 5. Assistidos pela  
Enfermagem. – Tese. I. Oliveira, Helena, Sandra de. II. Faculdade  
Unida de Vitória, 2015. III. Título.

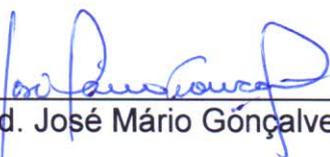
SANDRA HELENA DE OLIVEIRA

RELIGIÃO E ENFERMAGEM: RECUPERAÇÃO E APOIO AOS PACIENTES  
HIV/AIDS ASSISTIDOS PELA ENFERMAGEM

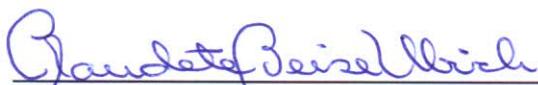
Dissertação para obtenção do grau de  
Mestre em Ciências das Religiões no  
Programa de Mestrado Profissional em  
Ciências das Religiões da Faculdade Unida  
de Vitória.



Doutor Francisco de Assis Souza dos Santos – UNIDA (presidente)



Doutor José Mário Gonçalves – UNIDA



Doutora Claudete Beise Ulrich – UNIDA

## DEDICATÓRIA



*Dedico este trabalho  
às pessoas e aos profissionais que vivem,  
convivem e trabalham com o portador do vírus  
HIV e AIDS.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o dono da minha vida e o provedor de tudo que preciso.

Ao meu orientador Francisco de Assis Souza dos Santos pela ajuda e dedicação nesses dois anos de mestrado e pelo tempo a mim dispensado, pelas broncas e pelo incentivo.

Ao Diretor Geral da Faculdade Unida de Vitória, Dr. *Wanderley da Silva Rosa*, pelo ser humano sensível e capaz em todos os aspectos necessários ao bom desempenho de acadêmicos e, também, deste Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*.

A todos os portadores do vírus HIV, causador da AIDS, suas famílias e às famílias que sofrem, apoiam e sustentam com braços fortes, o seu ente querido, com amor e dedicação.

À equipe do Programa HIV/AIDS, em especial à Debora Hipólito que contribuiu de bom grado na realização da pesquisa.

Ao meu querido esposo Gesiney Botelho, pela total dedicação, ajuda, apoio, amor e, principalmente, a paciência de suportar meu estresse e minha ansiedade.

À minha filha, Lis Carla, que sempre me fortalece, acolhe, abriga e me dá força para as minhas realizações pessoal e profissional.

E ao meu filho, Marcus Henrique, por existir na minha vida.

À Professora-Avaliadora-Externa à Instituição, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudete Beise Ulrick, pela disponibilidade e atenção para com a minha pesquisa. Meu agradecimento eterno.

À Marisete Bispo – bibliotecária – meus agradecimentos em disponibilizar as obras necessárias para a elaboração desse trabalho. Obrigada.

À Faculdade Unida de Vitória e sua Secretaria Geral, por toda a presteza, apoio e delicadeza no trato conosco, seus alunos.

Aos colegas e amigos do Curso de Mestrado, com os quais tive o prazer de compartilhar esta jornada, o meu carinho, a minha gratidão e a minha amizade.

E, especialmente, à Milena Lívio e ao Júnio Storck, amigos incondicionais que tive a oportunidade de conhecer durante o curso de Mestrado, que me ajudaram, apoiaram em todos os momentos deste percurso e na elaboração da dissertação. Almas gêmeas que se encontraram, amizade sincera pra sempre!

Às famílias participantes deste estudo. Obrigada por dividirem sua vida, na busca de uma assistência à saúde e um cuidado de enfermagem mais justo e humano.

Finalmente agradeço aos que, direta ou indiretamente, estiveram envolvidos nesse processo, que torceram e acreditaram em mim.

## EPÍGRAFE



“A ciência sem a religião é coxa, a religião sem a ciência é cega.”

*Albert Einstein*

## RESUMO

Pretendeu-se, através deste estudo, analisar a grandeza da espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento das pessoas diante do diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS. Esta investigação de conclusão de especialização, em nível *stricto sensu*, foi uma síntese de pesquisas bibliográficas e pesquisa em grupo específico; incluindo a mensuração da importância da religiosidade do indivíduo infectado pelo vírus, assim como do corpo de enfermagem que com ele se relaciona. Percebeu-se que, ainda hoje, algumas doenças trazem às pessoas angústias, receios e preconceitos. Na contemporaneidade a Síndrome da Imunodeficiência (AIDS), imputam ao portador do HIV uma ideia iminente de morte. Tal pensamento acaba por levar o indivíduo a ponderações sobre a própria vida, sua trajetória e o seu desenvolvimento enquanto pessoa. A partir de tal situação, a religiosidade do infectado deve ser valorizada e respeitada pelo profissional de enfermagem e, desde que não haja intenção de sobrepor um segmento religioso deve, até mesmo, ser incentivado tal sentimento – dentro dos limites viáveis –, propiciando, dessa maneira, um encorajamento para o enfrentamento da situação. Na literatura existente verifica-se uma alta influência de católicos e evangélicos inseridos no contexto da saúde e da doença, os quais, conseqüentemente, passam a ter influência na vida dos portadores do HIV. O diagnóstico positivo ao HIV/AIDS, para um indivíduo, se apresenta em sentimentos que produzem surpresa e dor psíquica, podendo levá-lo ao isolamento, pois sente-se marginalizado e discriminado, dificultando sua convivência com as pessoas. Diante da dúvida do desfecho a partir de então, e por causa desse misto de sentimentos que envolve o paciente soropositivo há necessidade de um acompanhamento interdisciplinar e não somente com o doente de AIDS, mas também com seus familiares, no intuito de construir outros valores para a vida do paciente e, até mesmo, possibilidades para que se sintam partícipes do processo de superação da doença. Com o enfoque religioso, percebe-se que a doença pode não necessariamente significar a morte, mas uma outra forma de vida; tais como: enfrentamento, empoderamento e fortalecimento desse indivíduo, propiciando, assim, um aprendizado de como viver com a doença, assinalando maneiras de resgatar o respeito e a dignidade, dizimando, desse modo, os estigmas ligados à situação em que se encontra. Esta conscientização termina por propiciar aos portadores do vírus não serem vistos como indivíduos anormais, aberrações da natureza e/ou do comportamento.

**Palavras-chave:** religiosidade, soropositivo HIV/AIDS, enfermagem.

## ABSTRACT

It is intended through this study, analyze the spirituality of greatness as a people coping strategy in the face of HIV positive diagnosis for HIV / AIDS. This research conclusion of expertise in the strict sense level was a synthesis of bibliographic research and research in specific group; including the measurement of the importance of religiosity of the individual infected by the virus, as well as the nursing staff with which it relates. It was noticed that, even today, some diseases bring people anxieties, fears and prejudices. In contemporary times the Immune Deficiency Syndrome (AIDS), brings to HIV positive imminent idea of death. Such thinking eventually leads the individual weights on his life, his career and his development as a person. From such a situation, the religiosity of infected should be valued and respected by the nursing staff and, provided there is no intention to override a religious following should even be encouraged such feeling - within feasible limits - providing, that way, an encouragement to face the situation. In literature there is a high influence of Catholics and evangelicals within the context of health and disease, which, consequently, are of influence on the lives of people with HIV. The positive diagnosis of HIV / AIDS, for an individual, is present in feelings that produce surprise and psychic pain, and can lead you to isolation because feels marginalized and discriminated against, making it difficult to live with people. Faced with the question of the outcome thereafter, and because of this mix of feelings involving seropositive patient is no need for an interdisciplinary monitoring and not only with the AIDS patient, but also with their families in order to build other values for the patient's life and even possibilities to make them feel participants in the process of overcoming the disease. With the religious focus, it is clear that the disease may not necessarily mean death, but another form of life; such as: coping, empowerment and strengthening of that individual, and thus provide a learning how to live with the disease, pointing out ways to redeem the respect and dignity, decimating thus the stigma attached to the situation you are in. This awareness ends for providing the virus carriers are not seen as abnormal individuals, freaks of nature and / or behavior.

**Keywords:** religion, HIV-positive HIV / AIDS nursing.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 O HIV E A AIDS .....	18
1.1 O portador do HIV/AIDS .....	22
1.2 A dificuldade do paciente frente à doença .....	25
1.3 A adesão ao tratamento .....	27
2 A RELIGIOSIDADE NO TRATAMENTO DO SOROPOSITIVO.....	29
2.1 A relação entre religião e doença .....	30
2.2 A busca da Religiosidade como mediadora no processo de recuperação e a crença da cura através da religiosidade .....	32
3 A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO MEDIADORA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E ENFRENTAMENTO DA DOENÇA .....	36
3.1 A Enfermagem e a responsabilidade do cuidar .....	40
3.2 A importância da enfermagem na assistência ao paciente HIV/AIDS e no cuidado com a família do paciente.....	43
3.3 A compreensão da enfermagem no apoio à religiosidade do paciente.....	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	53
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS .....	65
ANEXOS .....	75

## INTRODUÇÃO

Nos meus muitos anos de prestação de assistência de enfermagem na saúde pública me deparei com algumas situações inusitadas de pacientes, como por exemplo, o abandono do tratamento por acreditar que ele ia ser curado por Deus e não mais precisava de tratamento/acompanhamento/medicações. Como no curso de Mestrado optei pela linha de pesquisa Religião e Esfera Pública, surgiu o interesse, então; na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso – a dissertação – de atrelar religião e saúde e investigar o assunto para entender melhor essa questão; por ser um problema que, muitas vezes, impede o acompanhamento do paciente soropositivo nesse caso específico, além de causar um dano relevante para o trabalho dos profissionais de saúde.

É perceptível que a espiritualização da sociedade vem alcançando uma visível credibilidade na literatura científica quando esta passou a compreender que a religiosidade exerce no indivíduo uma condição de bem-estar. Como preleciona Levin<sup>1</sup>, parece que a junção do religioso e do espiritual remete a índices mais baixos de enfermidades várias e, conseqüentemente, com taxas mais altas de saúde e bem-estar.

Atualmente muito se questiona sobre a importância da religião: se a função dela é dar sentido à existência humana, qual seria o papel da mesma num mundo que pode viver sem Deus? Contudo, com toda mudança causada pela modernidade, o homem conquistou a liberdade de escolha, independente de tradição e de cultura, portanto, a religião passou a não mais imposta, mas uma questão de liberdade de escolha. A religião está mais próxima da existência pessoal do ser humano como escolha de vida do que se possa admitir.<sup>2</sup>

Pessini<sup>3</sup>, afirma que as questões em torno da espiritualidade ligada à saúde têm trazido vida saudável e feliz, mesmo que essa espiritualidade não tenha pretensões transcendentais. Ou seja, recorrer-se à dimensão espiritual – mesmo que esta não esteja voltada para finalidades religiosas<sup>4</sup> - entendem alguns pesquisadores que tais expressões de

<sup>1</sup> LEVIN, Jeff. *Deus, fé e saúde*. Tradução Newton Roberval Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 2001, p. 30. Disponível em: < [http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1065](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1065)>. Acesso em 28 nov. 2015

<sup>2</sup> PINTO, Padre Raphael Colvara. *O fenômeno religioso nos tempos atuais: um Deus incômodo*. Agora: o jornal do Sul, Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: < <http://www.jornalagora.com.br/site/content/noticias/detalhe.php?e=5&n=15847>>. Acesso em 28 nov. 2015.

<sup>3</sup> PESSINI, Léo. *A espiritualidade pelas ciências e pela saúde*. São Paulo, 2007, p. 187. Disponível em: < [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/53/06\\_a\\_espiritualidade.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/06_a_espiritualidade.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

<sup>4</sup> FARIA, Juliana Bernardes & SEIDL, Eliane Maria Fleury. *Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo e, pessoa vivendo com HIV/AIDS*. Maringá. 2006. PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala do coping. Religioso-espiritual (escala CRE). Elaboração e Validação de Construto. Porto Alegre. 2005,

espiritualização exercem efeitos mensuráveis sobre a saúde e o bem-estar<sup>5</sup>. Esses autores defendem a ideia de que o envolvimento religioso tende a proporcionar elevado sentido e significado à vida quando a saúde encontra-se ameaçada ou a doença instalada, diminuindo assim, episódios de recaída. Nesta direção, recentes estudos desta temática vêm relevando benefícios com a dimensão da espiritualidade colaborando no enfrentamento do diagnóstico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS<sup>6</sup>.

Verifica-se que as pessoas que enfrentam o diagnóstico da soropositividade do HIV/AIDS com um suporte religioso/espiritual, acabam por se depararem com respostas a vários questionamentos ocorridos no íntimo de seu ser. Daí uma das justificativas do presente estudo, no intuito de averiguar os aspectos desses valores fortemente envolvidos no processo do acometimento de doenças das pessoas que, não raro, acabam por ser negligenciadas pela ciência. Percebe-se que a literatura da área sugere o cabimento de que a dimensão espiritual influencia de forma positiva ao enfrentamento do diagnóstico soropositivo do HIV. A pesquisa realizada leva a uma constatação de que a espiritualidade pode contribuir para a elevação da autoestima dos portadores do vírus, facilitando, assim, a adesão ao tratamento com os antirretrovirais e a participarem mais efetivamente das profilaxias.

Este trabalho procurou saber se há, através da religião ou da religiosidade do paciente soropositivo, a busca pelos poderes sobrenaturais para alcançar a cura da sua doença, considerando as bases saúde/doença/paciente, partindo do contexto que no mundo a religião influencia diretamente na relação do tratamento dos doentes com a prática da medicina, intuindo, assim, ajuda-los neste enfrentamento.

Interagir junto aos portadores de HIV/AIDS, de modo que consigamos estabelecer um *norte* de pesquisa, a fim de incluí-los dentro de um contexto onde a religião seja um guia de valorização e humanização na tríade doença/assistência/tratamento, e, desse modo, nos aprofundarmos na pesquisa usando o Centro Dr. Raul Travassos em Itaperuna como ponto eletivo no desenvolvimento desta indagação.

Observar através da assistência de enfermagem, como a prática do desenvolvimento religioso influencia na recuperação do indivíduo doente; dando-lhe suporte e orientação com acolhimento e convivência junto à sociedade. Participar, através de encontro com grupos de

---

p. 510. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/11821918-Psicologia-em-estudo-issn-1413-7372-revpsi-uem-br-universidade-estadual-de-maringa-brasil.html>>. Acesso em: 14 mar.2016.

<sup>5</sup> LEVIN, Jeff. *Deus, fé e saúde*. Tradução Newton Roberval Eichemberg. São Paulo: Cultrix, 2001, p. 17.

Disponível em: <[http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1065](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1065)>. Acesso em: 14 mar. 2016.

<sup>6</sup> VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.) *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo. Hucitec, 2006, p. 331. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/03.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

portadores HIV/AIDS, e observar como a melhora em seu tratamento acontece.

Assim, essa observação *in loco* foi uma tentativa de usar diretamente a cumplicidade entre o profissional da assistência de enfermagem e o portador de HIV/AIDS. Sabe-se que neste ambiente, as religiões se diversificam, servindo como uma espécie de laboratório propício a prática da religiosidade com troca de experiências, valores e acolhimento para as dores.

Considerando a disparidade entre religiões e religiosos em Itaperuna - RJ, acredita-se que é viável dizer que é muito produtivo realizar este tipo de pesquisa junto aos portadores. E, com certeza, é uma oportunidade única de estudar como a religiosidade é miscigenada nos indivíduos. A finalidade deste trabalho foi constatar como a religião pode ajudar na recuperação biopsicossocial do portador de HIV/AIDS.

Dessa maneira, o presente trabalho embasou-se em pesquisa literária, concomitantemente com estudo de caso, objetivando, assim, o aprofundamento de conhecimento e a tomada de ciência da realidade dos portadores do vírus HIV que tenham desenvolvido a AIDS ou não, atendidos no Centro de Saúde Dr. Raul Travassos, Programa DST/AIDS e Hepatites Virais, Itaperuna-RJ.

A opção de se fazer uma pesquisa qualitativa veio da compreensão de que o indivíduo não pode ser mensurável, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis. Tendo prévia noção da dificuldade de pormenorizar, em números, valores religiosos e quantitativos entre fé e crença.

A descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis é o que define a pesquisa descrita<sup>7</sup>. Neste sentido, foi de grande importância descrever os estágios de enfrentamento dos soropositivos diante do diagnóstico positivo de HIV/AIDS. Consiste ainda em um estudo explorativo, pois permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de determinado problema<sup>8</sup>.

Diante das dificuldades de se atribuir gráficos estatísticos, notas e valores à pesquisa qualitativa, há uma grande polêmica. Porém como estimar fé ao grau de religiosidade das pessoas?

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre o sujeito e o objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as

<sup>7</sup> GIL, Antônio C. *Como Elaborar Projeto de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002; p. 42

<sup>8</sup> TRIVIÑO, A. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Paulus, 2005, p. 31. Disponível em: <<http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/dalberio.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

relações tornam-se significativas<sup>9</sup>.

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Dr. Raul Travassos, na cidade de Itaperuna, Rio de Janeiro; onde foi focado pessoas soropositivas. O centro de saúde em tela, desenvolve um trabalho regional, seja em tratamentos ambulatoriais, imunizações, exames, como também o acompanhamento às pessoas portadoras de doenças infectocontagiosas como o portadores de HIV/AIDS, entre várias outras especialidades e programas de saúde.

A amostra foi composta de doze indivíduos soropositivos HIV/AIDS em acompanhamento e tratamento medicamentoso e terapêutico, com o intuito também de conhecer o trabalho da enfermagem no Programa HIV/AIDS e Hepatites Virais oferecido no centro de saúde e a sua relação frente à religiosidade do paciente, com as seguintes questões:

Observar se no dia a dia do tratamento dos portadores de HIV/AIDS junto à assistência de enfermagem, se há maiores expectativas nos indivíduos quando à frente do poder da religião; estudar o comportamento dos portadores de HIV/AIDS diante da questão da religião e seu tratamento junto à assistência de enfermagem; indagar sobre a fé na cura para o portador de HIV/AIDS; examinar se há cumplicidade/adesão/exclusão por parte da assistência de enfermagem aos indivíduos que praticam suas crenças e creem em curas pela religião; analisar em que momento o como o portador de HIV/AIDS realiza a busca da religiosidade para o seu conforto e comprovar como a prática da religiosidade motiva efetivamente a melhora do portador de HIV/AIDS em relação à terapia com retrovirais; avaliar de forma qualitativa se há mudança de comportamento ou barreira na prática da religiosidade como alternativa no tratamento na visão técnica da equipe de enfermagem.

Os pacientes foram entrevistados e proferiram seus testemunhos, e particularidades de suas vidas, com abertura e riqueza de detalhes. Relatando como a fé e a equipe de saúde os ajudou na adesão ao tratamento e a superar os momentos de maiores sofrimentos e o desconforto causado pelos efeitos colaterais dos antirretrovirais na iniciação das dosagens dos coquetéis, terapia realizada para a diminuição da carga viral da doença, e a religiosidade está inserida e faz parte do dia a dia de seus tratamentos.

Para que a entrevista auferisse maior legitimidade, foi desenvolvido um questionário com oito perguntas referentes ao enfrentamento da doença com foco na condição do tratamento de cada paciente soropositivo, à sua melhora e aceitação, diante de sua religiosidade. O sigilo profissional foi o diferencial entre a cumplicidade dos pacientes e a do

---

<sup>9</sup> MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Representações da cura no catolicismo popular*. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 25. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/tdj4g/pdf/alves-9788575412763.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

profissional entrevistador, onde ficou clara a seriedade, decência, respeito e confiabilidade. O questionário foi composto de perguntas objetivas, onde cada entrevistado respondeu com suas palavras e se expressou com a melhor desenvoltura possível: como ele (a) encara e convive com a doença frente a sua religiosidade e sua fé. Todas as perguntas foram diretamente arroladas às conversações do tema proposto, qual seja, religião e o enfrentamento dos pacientes soropositivos com HIV/AIDS. As perguntas que procuraram identificar a relação que o entrevistado tem com a sua doença, a forma como enfrentou o problema, seu conhecimento sobre religião e qual a importância que esta poderia ter na evolução da infecção pelo HIV/AIDS.

O convite para a entrevista foi feito na medida em que o paciente comparecia à unidade de referência para a consulta, e para o trabalho em grupo. Foram convidados para responderem ao questionário, todos os participantes do grupo, sem seleções, no total de 12 pessoas. Nenhum dos pacientes convidados se recusou a participar da pesquisa, a adesão foi espontânea, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apesar do receio de exposição, que foi sanado pelo esclarecimento realizado sobre a pesquisa.

Todos os participantes tinham o diagnóstico de infecção pelo HIV/AIDS e apresentaram condições físicas e emocionais adequadas para a participação da pesquisa, segundo a equipe de profissionais da saúde.

Na primeira abordagem aos participantes do grupo a pesquisadora fez uma explicação sobre seu projeto de pesquisa, destacando o objetivo do mesmo e os possíveis ganhos que o/a paciente poderia ter ao participar da entrevista. Além do ganho que poderiam ter outros pacientes portadores do mesmo problema de saúde.

Não foi demonstrado riscos para os participantes da pesquisa ou qualquer tipo de constrangimento, uma vez que foi garantido pelo pesquisador, o sigilo das informações, bem como não foi feito qualquer procedimento nos mesmos, além das perguntas que constam do questionário padronizado. Não houve acréscimo de riscos à saúde do paciente, ou qualquer despesas para o paciente e sua família, uma vez que sua consulta estava previamente agendada. Todo cuidado foi adotado no sentido de enfatizar a importância fundamental da manutenção da terapêutica convencional.

No texto será utilizado frequentemente a abreviatura HIV/AIDS para designarmos pacientes portadores do vírus HIV, ainda sem evidência de imunodeficiência (AIDS) severa ou para aqueles pacientes que já se encontram em um estágio mais adiantado da infecção, caracterizado como doença.

A apreciação das respostas coletadas pelo questionário constou da seleção de um

apanhado das ideias-chave, repetidas pela maioria dos entrevistados, ponderando-as como material de comprovação ou não do problema e da hipótese levantada.

A análise dos dados foi realizada de forma intuitiva e dedutiva pelo pesquisador, não demandando uso de técnica e métodos estatísticos, tendo como preocupação maior, a interpretação de elementos e a atribuição de resultados.

O trabalho foi de grande relevância, pois pôde-se constatar o que a influência positiva e apoio da religiosidade do paciente em relação à sua melhora, tanto física quanto psicológica e que a equipe de enfermagem tem uma participação significativa e diferenciada para com o paciente soropositivo e sua família, além da contribuição efetiva na saúde pública.



## 1 O HIV E A AIDS

No mundo, os primeiros casos de AIDS de que se tem registro foram entre os anos de 1977 e 1978 até o início da década de 80. Mais de trinta anos passaram-se e segundo as estatísticas mais de 60 milhões de pessoas contraíram o vírus, dessas, a metade, 30 milhões tiveram suas vidas ceifadas e, mesmo assim, esse mal ainda persiste como uma das mais devastadoras patologias infecciosas que a humanidade já teve de enfrentar. De acordo com Ducan:

Porém a síndrome da imunodeficiência adquirida em humanos (SIDA ou AIDS) foi descrita em 1981, inicialmente como entidade clínica responsável por manifestações incluindo o Sarcoma de Kaposi e pneumonia por *Pneumocystis carinii* em homens que mantinham relação sexual com outros homens, além de hemofílicos e usuários de drogas injetáveis.<sup>10</sup>

Entre os anos de 1983 e 1984 foi descoberto um retrovírus humano, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), que foi descrito como o responsável pelas manifestações relacionadas à AIDS. Por causa dessas manifestações, a comunidade científica adotou, provisoriamente, o nome à patologia de “a Doença dos 5 H”, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (os usuários de heroína injetável) e hookers (nome em inglês dado às profissionais do sexo). Porém, é possível que o vírus do HIV-1 tenha originado a partir do vírus da imunodeficiência em símios, sendo assim, o chimpanzé é o seu hospedeiro natural.<sup>11</sup> Como relata o Ministério da Saúde:

“Prato cheio para a homofobia, os preconceituosos se apegaram ao fato da doença ter sido detectada inicialmente na comunidade homossexual como a peça que faltava para que o quebra-cabeça da condenação se completasse: a Aids foi taxada de castigo divino aos gays e seus hábitos sexuais promíscuos”.<sup>12</sup>

Com o impacto da doença e após o advento da AIDS no mundo, várias normas e valores foram quebrados. A vida da humanidade mudou após a introdução da infecção por HIV no mundo. Modo e costumes de vida e de viver foram revistos e mais valorizados.

Segundo Braga:

<sup>10</sup> DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências*. Artmed, 3ª, Porto Alegre, 2004, p. 1418.

<sup>11</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O vírus da Aids 20 anos depois: a epidemia da Aids através do tempo*. Disponível em em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>>. Acesso em 15 jun. 2015.

<sup>12</sup> BRAGA, Osvaldo. *Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais*, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/os-primeiros-casos-de-aids-no-brasil-surgiram-em-1980-ninguem-sabia-direito-que-doenca-era-a>>. Acesso em 20 out. 2015.

Os primeiros casos de Aids no Brasil surgiram em 1980. Ninguém sabia direito que doença era aquela, mas desde 1977, 1978, notícias tristes chegavam dos Estados Unidos sobre um câncer que estaria atacando o sistema imunológico das pessoas, fazendo com que doenças geralmente fracas o suficiente para serem combatidas pelo próprio organismo se tornassem problemas letais.<sup>13</sup>

De acordo com Levy, “O vírus da imunodeficiência humana - HIV é um retrovírus com genoma RNA, da família Retroviridae e subfamília *Lentiviridae*”.<sup>14</sup> “A infecção pelo HIV determina a destruição do linfócito CD4 circulante no sangue periférico, uma das principais células-alvo do vírus”.<sup>15</sup>

A AIDS/SIDA – é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. É a fase em que o portador do HIV evolui para a grave disfunção do sistema imunológico por causa da destruição dos linfócitos T CD4+. Ele é o marcador importante dessa imunodeficiência, que é utilizado tanto na avaliação do tratamento e prognóstico, quanto em uma das definições de caso de AIDS, com o fim epidemiológico. Realizar exame para a dosagem do vírus é de grande importância para o acompanhamento do paciente, e em algumas unidades existe a dificuldade de realização do exame. Como afirma Passarelli:

Uma das grandes dificuldades enfrentadas na luta contra o HIV/AIDS e na manutenção da qualidade de vida das pessoas soropositivas no Brasil é a descontinuidade na oferta de exames de CD4, CD8 e carga viral. Essa é uma questão nacional e crônica. Embora extremamente importantes no monitoramento da infecção e tão necessários quanto os anti-retrovirais, desde que esses exames existem, não são acessíveis a toda a população. Essa mesma dificuldade de acesso é enfrentada na distribuição dos remédios para infecções oportunistas ou para as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).<sup>16</sup>

“As principais formas de transmissão são: sexual, sanguínea e vertical (da mãe para o filho através da placenta). Além dessas três formas mais frequentes, pode ocorrer também transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais de saúde”.<sup>17</sup> O tempo entre a exposição ao HIV e o aparecimento dos sintomas na fase aguda varia de

<sup>13</sup> BRASIL. *Cadernos de atenção básica nº 18*. HIV/aids, Hepatites e Outras DST Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006, p. 121. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/104-CAB\_18\_HIV\_AIDS.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2016.

<sup>14</sup> BRAGA, Osvaldo. 2007, p. 01. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/noticia/os-primeiros-casos-de-aids-no-brasil-surgiram-em-1980-ninguem-sabia-direito-que-doenca-era-a>. Acesso em 20 out. 2015.

<sup>15</sup> LEVY, Jay A. MD. *Fatores Imunológicos e Virais da Infecção Causada pelo HIV*. Capítulo 02, [s.d.]. Disponível em: <http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/infec/livro7/cap/cap02.htm>. Acesso em 28 ago. 2015.

<sup>16</sup> PASSARELLI, Carlos André. Revista qualidade de vida para pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Aspectos políticos, sócio-culturais e clínicos*. ABIA Rio de Janeiro, 2004, p. 10. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/\_img/media/anais%20qualidade%20de%20vida.pdf>. Acesso em 18 ago. 2015.

<sup>17</sup> BRASIL. *Cadernos de atenção básica nº 18*. HIV/aids, Hepatites e Outras DST Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006, p. 122. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/104-CAB\_18\_HIV\_AIDS.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2016.

cinco a 30 dias. O período de latência clínica, após a infecção aguda e até o desenvolvimento da imunodeficiência é longo.

Decorridas quase duas décadas do surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida AIDS/SIDA, nenhuma certeza temos em relação à sua cura, e nem previsão de uma vacina eficiente para evitá-la. O que sabemos é que a AIDS tomou-se uma doença eminentemente social, vista hoje como um dos maiores problemas de saúde coletiva.<sup>18</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde, no começo do surgimento da doença, ou seja nas primeiras infecções pelo vírus do HIV e da AIDS no Brasil, constatou-se que os profissionais dos serviços de saúde pública não estavam adequadamente preparados para cuidar das demandas suscitadas pela infecção. A Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS), tomou a iniciativa de realizar treinamentos para profissionais, principalmente sobre o aconselhamento em HIV/AIDS. Ampliando também a oferta de testagem sorológica voluntária, anônima e confidencial, com a garantia do aconselhamento pré e pós-teste.

Uma das práticas introduzidas pelo Ministério da Saúde para o cuidado ao portador de HIV é o acolhimento. “Nos serviços de saúde que atendem pessoas com DST, o aconselhamento tem por objetivos: a prevenção primária do HIV; a adesão do cliente ao tratamento; o tratamento do (s) parceiro (s) sexual (is) e a adoção de práticas preventivas”.<sup>19</sup>

E, a partir de 1988 foram criados os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), principal referência em aconselhamento.<sup>20</sup> O Ministério da Saúde preconizou um roteiro para aconselhamento que precisa ser utilizado na abordagem aos pacientes com Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e no caso de oferta do teste anti-HIV, são realizados os aconselhamentos, pré e pós-teste. Isso significa que há uma grande preocupação quanto ao comportamento, quanto à reação do cliente diante de diagnóstico positivo de HIV.

O aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões

---

<sup>18</sup> DAVID, Genair Lourdes Bogoni de. *Interagindo com famílias que convivem com Aids: uma abordagem de enfermagem sob a visão de Imogene King*. Florianópolis-SC, ago. de 2000, p. 13-14. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/78754/175496.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 16 out. 2015.

<sup>19</sup> BRASIL. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. Coordenação Nacional de DST e Aids. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p. 25. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ms000251.pdf>>. Acesso em 26 fev. 2016.

<sup>20</sup> BRASIL. *Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Parcerias e Mobilização Social; n. 6), 2008, p. 168. Disponível em: <[http://www.progepe.ufpr.br/caiss/documentos/direitos\\_humanos\\_e\\_aids.pdf](http://www.progepe.ufpr.br/caiss/documentos/direitos_humanos_e_aids.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados à DST/HIV/AIDS.<sup>21</sup>

É fato de que a prática do aconselhamento realizada pelos profissionais de saúde tem sido uma estratégia de prevenção de grande importância para o processo de diagnóstico do HIV. O Ministério da Saúde sistematizou os procedimentos pré e pós-teste com conteúdos bem definidos para auxiliar os profissionais de saúde no trabalho de aconselhamento, dando ao usuário do SUS todas as informações e apoio necessários diante do resultado positivo ou negativo e, principalmente, no trabalho de promoção e prevenção de saúde.

As estratégias do aconselhamento para pessoas infectadas pelo HIV são capazes de reduzir comportamento de risco, e diminuir a ocorrência de novas doenças sexualmente transmissíveis e conseqüentemente aumentar a adesão ao tratamento e ao uso de preservativo masculino e/ou feminino.

### 1.1 O portador de HIV/AIDS

Segundo o Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica nº 18, a transmissão do HIV está relacionada aos modos de interação e crenças de diferentes grupos populacionais. Além dos fatores individuais, locais e pessoais, a vulnerabilidade ao HIV é determinada por um contexto geral de desenvolvimento do país, que inclui o nível de renda da população, o respeito aos direitos humanos fundamentais, o acesso aos serviços sociais, de saúde e de educação e suas circunstâncias.<sup>22</sup> De acordo com Polejack:

O HIV espalhou-se rapidamente por todo o planeta, sem estabelecer distinção de raça, sexo ou classe econômica. Se, no começo, a aids estava relacionada aos chamados grupos de risco (homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo), atualmente a disseminação do HIV ocorre em todos os segmentos da população.<sup>23</sup>

Desde a descoberta do HIV, nos anos 80, surgiram concepções de que quem se contamina com o vírus do HIV é homossexual, em função de ter havido uma maior incidência

<sup>21</sup> BRASIL, *Cadernos de atenção básica nº 18. HIV/aids, Hepatites e Outras DST* Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006, p. 31. . Disponível em:<file:///C:/Users/Acer/Downloads/104-CAB\_18\_HIV\_AIDS.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2016.

<sup>22</sup> BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, p.16. Disponível em:<file:///C:/Users/Acer/Downloads/104-CAB\_18\_HIV\_AIDS.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2016.

<sup>23</sup> POLEJACK, Larissa e COSTA, Liana Fortunato. Brasília-DF, 2002. *Aids e Conjugalidade: o desafio de con(viver)*. Disponível em:<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/imp32art08.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.

de casos nos primeiros anos da doença, que persistem até hoje, como o preconceito aos portadores, que levou a esse estigma. E que esta vem a implicar na vida de quem é portador da enfermidade a partir do diagnóstico de positividade de HIV. Diante do diagnóstico positivo de HIV, o paciente pode ter diversas reações negativas, que prejudicará a sua adesão ao tratamento e conseqüentemente à sua qualidade de vida.

Esse grupo populacional é fortemente estigmatizado e historicamente excluído de alguns lugares e serviços de saúde, vivendo em situações de maior vulnerabilidade e ausência de proteção. Os portadores de HIV/AIDS são bastante vulneráveis, não só pelo estigma, mas pelo preconceito que as pessoas têm, principalmente pelo temor de adquirir o vírus através do contato com esse portador, porque ainda há muita desinformação a esse respeito. Dessa forma, esse indivíduo está sujeito a carências afetivas pela dificuldade de relacionamento com as pessoas, principalmente relacionamentos afetivos.

Como relata Martins: “Justificavam tal comportamento por se encontrarem maravilhados, apaixonados. Na paixão, a pessoa fica deslumbrada, ali o possível prazer, advindo do corpo, parece calar as implicações da intimidade sexual nos dias atuais”.<sup>24</sup>

Viver com HIV/AIDS é viver com um misto de sentimentos que levará a uma situação de estresse, mudança de humor e de comportamentos, constantes, que podem levar o paciente a ter dificuldade de melhorar física e psicologicamente. Carneiro compartilha do mesmo pensamento quando diz:

Verificamos que conviver com a soropositividade é viver com inúmeros sentimentos indesejáveis, que levam os portadores de HIV a problemas mentais, sendo eles: a tristeza, o desânimo, a chateação, a apatia, a baixa autoestima, a desesperança, a preocupação, o desespero, o temor, a ira, a irritabilidade, a negação, o inconformismo, a dor emocional-espiritual, o desalento, a solidão, a insegurança, a vergonha, a hipersensibilidade emotiva, as dificuldades emocionais, a vontade de retribuir a traição, a culpa, o remorso, e o arrependimento. No entanto, os sentimentos que mais apareceram dentro dos trinta e dois artigos analisados foram a expressão o medo, a ansiedade, a raiva, a angústia e, o estresse.<sup>25</sup>

O medo de sofrer estigma, preconceito ou discriminação pode levar o paciente ao silêncio, à reclusão. O comportamento de não compartilhar o seu diagnóstico de soropositivo a outra pessoa ou família, pode levá-lo à solidão. O estigma de viver com HIV/AIDS é barreira importante para muitos pacientes, que têm forte necessidade em esconder a doença.

E viver esse conflito sozinho pode causar, além de outros problemas, a depressão e a não adesão ao tratamento. Isso significa não ir às consultas, não fazer os exames periódicos,

---

<sup>24</sup> MARTINS, Antônio Carlos Borges. *Pessoas vivendo com aids: corpos marcados?* Revista da Faculdade Machado Sobrinho. Rems-seção: artigos, janeiro de 2010. Juiz de Fora-MG. Disponível em: <[http://machadosobrinho.com.br/revista\\_online/publicacao/artigos/Artigo04REMS.pdf](http://machadosobrinho.com.br/revista_online/publicacao/artigos/Artigo04REMS.pdf)>. Acesso em: 17out. 2015.

<sup>25</sup> CARNEIRO, H. F. - *AIDS: a nova desrazão da humanidade*. São Paulo: Escuta, 2000, p. 151.

não apanhar e não tomar as medicações. Portanto, compartilhar com alguém de confiança o seu diagnóstico pode favorecer na melhoria de vida do paciente no seu sistema fisiopsicológico. Daspett afirma:

O paciente se vê diante de uma situação de mudança de hábitos e estilo de vida. Ele passa por uma crise em que percebe inúmeras limitações, frustrações e perdas: da condição saudável, de papéis, de responsabilidades, dos sonhos. Dependendo da doença pode estar diante de um menor tempo de vida.<sup>26</sup>

E justamente diante da necessidade de mudanças de hábitos, da alteração da rotina de vida agora experimentada, onde o indivíduo soropositivo precisa do apoio de pessoas que estejam à sua volta é que, nesse contexto, o enfermeiro contribui muito para a resposta positiva do paciente, pois é ele quem faz, na maioria das vezes, o acolhimento e o aconselhamento do paciente. “É no momento do conhecimento do diagnóstico que, se trabalhado com acolhimento, atenção e respeito, o profissional pode garantir ao paciente o sentimento de vínculo e suporte, fundamentais para o processo de adesão”.<sup>27</sup> Santos aponta para o fato de que:

Viver com o HIV/ aids gera grande impacto, o qual interfere na qualidade de vida e saúde das pessoas portadoras da infecção/doença. Estas pessoas, ao procurarem uma unidade de saúde, buscam encontrar apoio no sentido de enfrentar os diversos problemas de ordem subjetiva e/ou biológica que permeiam a vivência com o agravo. Desta forma, é salutar que a prática assistencial esteja direcionada para a integralidade da assistência onde a escuta ativa e o acolhimento, ferramentas essenciais à humanização da assistência, possam constituir realidade.<sup>28</sup>

## 1.2 A dificuldade do paciente frente à doença

Apesar do evento da enfermidade/patologia AIDS/SIDA, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, transmitida pelo vírus HIV, causador da AIDS, ter acontecido no século passado, até hoje, em pleno século 21, traz provocações e embates que suplantam a prática da medicina e se abarcam às tradições estigmatizadas do comportamento social e cultural do ser humano.

<sup>26</sup> DASPETT, Celina. “*Um estranho entre nós: a repercussão do Diagnóstico de HIV/AIDS na trajetória de casais Heterossexuais soroconcordantes*”. Dissertação de mestrado em psicologia clínica. PUC-são Paulo, 2005, p.08. Disponível em: <[http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1786](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1786)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

<sup>27</sup> SANTOS, 2001, apud Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/aids, MS, 2008, p. 17.

<sup>28</sup> SANTOS, Ninalva de Andrade. *Representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/aids sobre aids, HIV e cuidado de enfermagem*. Salvador, 2014. 247 f. p. 23. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2015.

E, por vezes, mostram como a humanidade ainda não superou por total as crenças e costumes direcionados às doenças que até no presente não se descobriu sua cura. O enfermo de AIDS é algumas vezes excluído do convívio social, pelo outro e na maior parte das vezes por ele mesmo. A ele, desde o surgimento da enfermidade, está reservado o lugar da deficiência, da falta de saúde, da inobservância das regras do amor absoluto, enfim, seu lugar foi construído socialmente pela vertente do amante esvaziado, e para o ser humano não existe momento de maior fragilidade do que aquela ocasião que se está doente ou se tem um familiar doente.

A família se encontra diante de uma situação que exige mudanças – são tantos medos e receios que têm de ser enfrentados – e é preciso ter força e coragem para se organizar sobre os cuidados com o paciente. Estas estarão envolvidas em cada fase por que passará seu familiar. A autora Silva, em sua pesquisa sobre pacientes com câncer (que também é uma doença grave e que carrega um sentimento de medo da morte nos pacientes acometidos por ela), averiguou que os pensamentos do paciente, diante do diagnóstico da doença, são pensamentos disfuncionais do tipo flagelante e pressagiante, pensamentos que remetem à morte, não analisando a situação, o tipo e o estágio de evolução da doença, tamanho é o desespero nesse momento.<sup>29</sup>

Ainda falando do enfrentamento diante do diagnóstico positivo do HIV, os autores Barbosa e Ramalho, também em pesquisa sobre o paciente com câncer, constataram (nas alocações das entrevistas) que são várias as implicações psicossociais causadas pela descoberta do diagnóstico positivo. E, essas, representam períodos de muita dor e sofrimento, e que, muitas vezes, eles descobrem a doença de forma imprevista.<sup>30</sup>

Segundo o manual do MS, “A dificuldade de revelação diagnóstica ocorre para a maioria dos pais/cuidadores, profissionais da saúde e crianças, mas quebrar a barreira do silêncio pode enriquecer o diálogo e a experiência até então vivenciada”.<sup>31</sup>

O diagnóstico de uma doença crônica gera uma crise vital significativa para as famílias. O paciente e a família vivem momentos singulares e geralmente não estão

---

<sup>29</sup> SILVA, Shirley de Souza et al. *O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico*. Rev. bras. ter. cogn. v.4 n.2. Rio de Jan. dez. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872008000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006)>. Acesso em: 22 out. 2015.

<sup>30</sup> BARBOSA, Kaliane da Silva; RAMALHO, Maria Noalda. *A influência do diagnóstico positivo na vida das mulheres contaminadas pelo HIV/AIDS*. MA, 2007. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoD/e4585e33180269c52261KALIANE%20BARBOSA\\_MA.%20NOALDA%20RAMALHO.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoD/e4585e33180269c52261KALIANE%20BARBOSA_MA.%20NOALDA%20RAMALHO.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2015.

<sup>31</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, série manuais nº 85, 2009, p. 49. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2015.

preparados para as mudanças. O diagnóstico exige novos modos de enfrentamento além de períodos de adaptação.<sup>32</sup>

“A comunicação do diagnóstico marca o início de uma série de mudanças negativas na vida do paciente”.<sup>33</sup> A dor e o sofrimento não aliviados, quando intensos, tiram a dignidade da pessoa e subtraem a esperança e o valor da vida. Aceitar a doença (na condição de soropositivo) e entender a terapia antirretroviral é um processo que pode ser longo e desgastante, tanto para o paciente quanto para a família. Lilian faz uma afirmação que:

A solidão do paciente, das famílias, e a sensação de fracasso e impotência dos profissionais de saúde frente aos problemas associados às doenças ameaçadoras da vida fecham todo espaço à comunicação, ao cuidado e ao crescimento individual de cada um.<sup>34</sup>

O autor Marcon, afirma que é preciso estar atento no cuidado e apoio ao paciente e sua família, por causa do risco de intercorrências relacionadas ao adoecimento, e possíveis conflitos interpessoais e das dificuldades socioeconômicas.<sup>35</sup> Justamente pelo processo pelo qual o paciente soropositivo passa a partir de um diagnóstico positivo, quando não trabalhado e cuidado e não superado, pode acarretar inúmeras situações que talvez não tenham retorno para serem sanadas.

A seguir falarei sobre a seriedade de o paciente procurar a Unidade onde tenha assistência para o tratamento de HIV/AIDS e da importância em aderir ao tratamento adequado para o acompanhamento efetivo do paciente soropositivo.

<sup>32</sup> DASPETT, Celina. “*Um estranho entre nós: a repercussão do Diagnóstico de HIV/AIDS na trajetória de casais Heterossexuais soroconcordantes*”. PUC-São Paulo, 2005. Disponível em:

<[http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1786](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1786)>. Acesso em: 20 jul 2014.

<sup>33</sup> CAVALCANTI, Desiree R. *Comunicação do diagnóstico de doença grave (câncer) ao paciente: quem? Quando? Como? Por que?* Pan-American Family Medicine Clinics, v. 01. 2005, p. 41-44. Disponível em:

<[http://www.apamefa.com/publicacoes/vol012005/vol012005\\_Comunicacao\\_diagnostico.pdf](http://www.apamefa.com/publicacoes/vol012005/vol012005_Comunicacao_diagnostico.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2015.

<sup>34</sup> LILIAN, Hennemann-Krause. *Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar*. Vol. 11, N. 2- Cuidados Paliativos. Abr.Jun, 2012. Disponível em:<[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=322](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=322) Abr/Jun. 2012>. Acesso em: 20 jul 2014.

<sup>35</sup> MARCON, Sônia Silva et al. *Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado cotidiano a uma criança com doença crônica*. Cienc. Cuid Saúde. 2007; 6 (Suplem. 2): 411-419 Disponível em:

<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5340/3387>>. Acesso em: 22 out. 2015.

### 1.3 A adesão ao tratamento

A adesão, segundo Haynes (1991), apud Amarante (2010), define-se, em uma compreensão mais restrita, como “o comportamento de uma pessoa – tomar remédio, seguir uma dieta ou fazer mudanças no estilo de vida – que corresponde às recomendações da equipe de saúde”.<sup>36</sup>

Essa definição parte de uma compreensão limitada, pois equivale à noção de obediência, ao ato de conformar-se ou acatar. Sugere que o esquema terapêutico prescrito não foi fruto de uma decisão compartilhada entre a pessoa e o profissional de saúde. Hoje com os avanços farmacológicos e do segmento farmacoterapêutico oferecem aos portadores soropositivos, sobrevida e expectativa de longevidade, graças ao avanço dos medicamentos antirretrovirais, os quais possuem alta eficácia, sem custo para os pacientes e com grande poder de resolutividade medicinal, ponderou-se uma visão mais humanitária e, conseqüentemente, aumentou a busca pela religiosidade. “Neste aspecto vale ressaltar que o Brasil foi um dos primeiros países a implementar a distribuição universal de medicamentos”.<sup>37</sup>

A adesão ao tratamento de HIV/AIDS perpassa o simples fato de o paciente tomar a medicação. É um processo em que espera-se que o paciente cumpra a prescrição estabelecida pelo serviço especializado e também entenda, concorde e siga as orientações recomendadas pelos profissionais de saúde.

A indicação de uso de terapia antirretroviral é um tema complexo, sujeito a constantes mudanças e incorporação de novos conhecimentos, e por isso definida e revisada anualmente por um grupo técnico assessor de *experts*, nomeado em portaria do Ministério da Saúde.<sup>38</sup>

Sendo assim, é imprescindível que a terapia antirretroviral seja prescrita por um infectologista, ou outro médico capacitado, que indique o momento adequado para o início do tratamento e qual é a melhor combinação a ser instituída para o paciente.

<sup>36</sup> AMARANTE et al. *A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente*. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., 2010;31(3):209-215. Disponível em: <<http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/2.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

<sup>37</sup> CARDOSO, Gisele P.; ARRUDA, Ângela. *As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica*. Ciênc. saúde colet. 2004;10[1]:151-62. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a16v10n1>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

<sup>38</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2012. Caderno AB, nº 18, p. 136). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab18>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

Desde 1996, ano da publicação da Lei 9.313, o Ministério da Saúde vem garantindo o acesso ao tratamento antirretroviral a todas as pessoas que vivem com HIV e que tenham indicação de recebê-lo, conforme as recomendações terapêuticas vigentes no Brasil.<sup>39</sup>

A falha de um esquema antirretroviral é definida de modo geral como a ocorrência de agravo clínico e/ou a piora para parâmetros laboratoriais imunológico e/ou virológico. Contudo a definição nem sempre é simples e deve ser investigada para que não se altere o esquema terapêutico sem necessidade.

O sucesso da terapia antirretroviral (TARV), depende de vários fatores: As consultas médicas devem ser realizadas a cada 1 a 2 meses, sendo importante que, durante o seguimento clínico, sejam identificados os aspectos psicológicos, familiares, sociais e culturais que estejam interferindo na qualidade de vida do paciente e familiares, e que venham a constituir, no futuro, obstáculo (s) para a adesão à terapia antirretroviral. Sempre que possível, deve-se oferecer suporte psicológico e assistência social aos pacientes e aos familiares. Sobre essa questão Marcon descreve que:

O enfrentamento de uma situação diferente dos planos e sonhos traçados torna-se mais ameno à medida que encontramos pessoas que nos oferecem apoio e proporcionam uma relação de confiança, de tal forma que possamos esclarecer dúvidas, narrar as nossas experiências e nossos sentimentos diante da doença.<sup>40</sup>

A partir de 1995, com as Terapias Antirretrovirais (TARV), o viver com HIV/AIDS tomou novos rumos. Em muitas Unidades de Serviço de Atendimento Especializado (SAE), a adesão ao tratamento passou a ser discutida, incentivada e, dentro do possível, monitorada através de equipes de profissionais de saúde e de grupos de Pessoas Vivendo com AIDS-PVHA.<sup>41</sup>

E a enfermagem vivencia essa situação de trabalho que está sendo realizada pelas equipes da ESF e das unidades especializadas da saúde pública, cujo objetivo é alcançar todos os portadores de HIV e que estes estejam em acompanhamento nos programas de DST/AIDS. No próximo capítulo falar-se-á sobre a influência da religiosidade na vida do paciente soropositivo e de sua família, de como é a interação da prática religiosa com a doença, de como uma vida religiosa e a crença estão inseridas nesse contexto nos dias atuais.

<sup>39</sup> BRASIL. 2008, p.08. Disponível em:

<[http://www.progepe.ufpr.br/caiss/documentos/direitos\\_humanos\\_e\\_aids.pdf](http://www.progepe.ufpr.br/caiss/documentos/direitos_humanos_e_aids.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

<sup>40</sup> MARCON, 2007, p. 418.

<sup>41</sup> MARTINS, 2008, p. 37.

## 2 A RELIGIOSIDADE NO TRATAMENTO DO SOROPOSITIVO

A crença em que as doenças são castigos de Deus por faltas cometidas, onde propagou-se o pecado, ainda está presente na forma de pensar. Essa associação incidida por alguns religiosos, ganhou maior eloquência, junto a alguns segmentos religiosos, após o advento da AIDS.

Na maioria das vezes algumas pessoas atribuem ser realmente um castigo divino, como uma forma de purificação para a salvação da alma. E assim, o indivíduo doente, chegará ao seu estado terminal com sofrimentos em clausura. A morte será sua salvação. Segundo Elias:

Mesmo hoje pode acontecer de pessoas atingidas por uma doença incurável, ou que por outras razões se encontrem às portas da morte, escutar uma voz interior sussurrando que é culpa de seus parentes ou punição por seus próprios pecados. Mas hoje tais fantasias privadas tendem a não se confundir com conhecimento público factual; são normalmente percebidas como fantasia privada. O conhecimento das causas das doenças, do envelhecimento e da morte tornou-se mais seguro e abrangente.<sup>42</sup>

As igrejas tendem a se utilizar das fantasias privadas dos pacientes. A religiosidade sempre esteve presente na vida das pessoas. Com os enfermos essa prática ganha um sentido mais crescente, principalmente nos momentos em que a doença se agrava e onde tudo parece perdido. Então esse enfermo, frente ao mal que agride seu corpo, recorrerá à religião, como forma de arrependimento dos seus pecados. Daí esperará a cura como uma benção advinda de Deus. Concordando, afirma Montero:

Quanto mais grave é a doença e, conseqüentemente, mais difícil a sua cura devido às limitações relativas ao conhecimento de sua etiologia e tratamento, maior é a probabilidade do paciente ou de seus familiares recorrerem às terapias alternativas, sendo a busca da religião uma delas.<sup>43</sup>

Entendo que a religiosidade seja mais um fator protetor contra a doença, uma arma terapêutica complementar, onde o doente se agarra no fio de possibilidade de cura e de vida,

<sup>42</sup> ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos - seguido de envelhecer e morrer*. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. 2001, p. 148). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a09.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2014.

<sup>43</sup> MONTERO, Paula. *Da Doença à Desordem: A Magia na Umbanda*. Rio de Janeiro. Graal. 1985, p.139. Disponível em:

<[http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca\\_virtual/item\\_765/22\\_03\\_12\\_18Da\\_doenca\\_a\\_desordem%20.pdf](http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca_virtual/item_765/22_03_12_18Da_doenca_a_desordem%20.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2014.

de esperança, em busca de um viver melhor. Batista relata a importância de uma vida religiosa:

Em momentos de dor e de sofrimento, a valorização da espiritualidade pode ser extremamente transformadora, conduzindo o doente e seus familiares a renovarem o ânimo e a buscar novas formas de enfrentamento da realidade desafiadora que estejam vivenciando.<sup>44</sup>

Cada vez mais, pesquisas e estudos se aprofundam em análises de pacientes que, graças à sua relação com a religiosidade, ganham progressos na saúde, quando a doença parece não ter mais cura, foram encontrados e lidos muitos trabalhos referentes a esse contexto, que serviram de subsídios para a realização dessa pesquisa.

Almeida diz: “A despeito dos avanços tecnológicos, dentre eles o advento dos antirretrovirais, que aumentam a possibilidade de sobrevivência dos sujeitos com AIDS, constata-se que a epidemia gera sofrimento humano advindo do estigma preconceito e discriminação”.<sup>45</sup>

Assim, a religiosidade passa a ser uma aliada no tratamento clínico e psíquico de alguns pacientes mais esclarecidos. Porém há o outro lado, os mais fervorosos na sua crença, diante da sua tremenda fé, acreditam poder interromper seu tratamento, quando sua carga viral desce a níveis muito baixos e abre mão dos antirretrovirais, crendo estar curado pelo poder divino, tão incrustado está seu misticismo a sua religiosidade. O abandono do tratamento traz grande transtorno e preocupação, tanto à assistência de enfermagem quanto à assistência médica. Mas há discordância, alguns autores acreditam que o fenômeno religioso pode prejudicar a vida e a saúde do indivíduo, como diz Almeida:

Com o surgimento do Positivismo e o desenvolvimento rigoroso do Método Científico no final do século XIX, cada vez mais vem sendo questionada a influência que o fenômeno religioso teria na prevenção e/ou na cura das enfermidades humanas.<sup>46</sup>

<sup>44</sup> BATISTA, Patrícia Serpa de Souza. *A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica*. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.49-55, Set., 2010. Disponível em:

<<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/667/1315>>. Acesso em: 22 out. 2015.

<sup>45</sup> ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. *A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oAlmeida.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

<sup>46</sup> COMTE, Auguste. *Discurso sobre o espírito positivo*. Tradução ERMANTINA, Maria. Galvão G. Pereira. São Paulo: Martins Fontes, 1990. p. 3-102. Disponível em: <[http://criticanarede.com/fil\\_ortegaeducacao.html](http://criticanarede.com/fil_ortegaeducacao.html)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

A despeito da posição do autor acima, a maioria dos muitos trabalhos estudados, vem confirmando o quanto positiva é a influência e o quão importante é o apoio da religiosidade para o paciente soropositivo e para a sua família.

## 2.1 A relação entre religião e doença

Muito embora a ciência ter desejado sempre se separar da religião e/ou do religioso, isso nunca foi possível, em função do desejo intrínseco do ser humano de se apegar ao transcendente. Pois o anseio do indivíduo social pela vida o leva a querer curar-se, e esse desejo pela existência o aproxima sempre do sagrado, o leva a buscar a cura através do sagrado. Atualmente estas práticas se manifestam em muitas igrejas ditas evangélicas. Como descreve Quintana:

A doença sempre parece incompreensível e ininterpretável pelo ser humano. E ela irrompe na vida do ser humano, interrompendo a ordem existente. Toda cura será entendida como uma reordenação da vida e do universo simbólico. Enquanto a medicina oficial tenta tomar a cura uma mera técnica, o religioso, e aqui está em questão a benzedura, o aspecto mágico-religioso, tenta restabelecer uma ordem no mundo simbólico da pessoa.<sup>47</sup>

Essa relação existe desde o surgimento do ser humano na Terra, em busca da solução e explicação para a doença, e o que o homem não consegue explicar ele coloca o encargo ao transcendente. E faz uma associação entre a doença e a cura, como maldição e benção e isso será resolvido através do arrependimento, através da sua entrega e servidão. Sampaio aponta para a questão da culpabilidade:

A correlação estabelecida entre o comportamento das pessoas e sua culpabilidade, entre o mal ou a doença que acontece em seu corpo parece ser uma necessidade humana de explicar seus impasses diante da morte, e, não menos importante para os mecanismos de controle promovidos pela religião. Desse processo de culpabilização, forte no imaginário de várias tradições religiosas, a perspectiva do sacrifício e do sofrimento, como caminho de arrependimento e de oferenda, estabelece sintonia com a perspectiva de um sagrado que se manifesta por meio da retribuição.<sup>48</sup>

Entretanto, entendo que tanto a medicina quanto a religião estão em busca do restabelecimento do indivíduo, pois o que o paciente necessita é estar bem para voltar aos

<sup>47</sup> QUINTANA, Alberto de M. Recensão do livro: *A ciência da benzedura: mau olhar, simpatias e uma pitada de psicanálise*. Disponível em: <[http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos\\_teologicos/article/viewFile/730/665.1999](http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos_teologicos/article/viewFile/730/665.1999)>. Acesso em: 11 set. 2015.

<sup>48</sup> SAMPAIO, Tânea Mara Viera. *Aids e Religião: aproximações ao tema: binômio desafiado pela epidemia do HIV/AIDS*. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/impulso32.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

seus afazeres cotidianos da vida. A terapia medicamentosa e do cuidado tenta a cura pela ciência para restabelecer a vida em eminência de ser interrompida pela doença. E o paciente através do sagrado busca a cura pelo transcendente, no seu imaginário impossível, que se torna possível pela crença (fé) nesse imaginário possível.

O que poderá fazer a diferença para o doente é se houver em sua vida, uma mudança de comportamento por gratidão pela sua experiência no transcendente, tornando-se sensibilizado pela graça recebida.

E, felizmente, as sociedades vêm se modificando no sentido de não ver mais a doença como punição por causa do pecado, uma vez que vemos claramente as comunidades enfrentando problemas de fenômenos de tragédias naturais, mortalidade infantil por desnutrição, desgraças que a população mais pobre vem sofrendo que, comprovadamente, não seria pela vontade divina, e sim, muitos deles são resultados da destruição que o homem vem fazendo no próprio planeta. Sendo assim, seja por prejuízos nos cofres públicos, os governos, principalmente o brasileiro (porque não é uma realidade no mundo inteiro), vêm se desdobrando para descobrir curas de doenças e, especialmente, priorizando ações que impeçam a população de adoecer.

A relação entre saúde e religião ocorre mais no momento em que o indivíduo fica doente, onde ele deseja se fortalecer emocionalmente para justamente conseguir superar a fase aguda, e no caso aqui estudado, na ocasião do diagnóstico positivo para HIV, ou mesmo diante da AIDS, é que essa procura pela ajuda espiritual acontece, para conseguir a superação, tanto da dor física, quanto da psicológica, e a busca pelo divino fica evidente nesse período.

## **2.2 A busca da Religiosidade como mediadora no processo de recuperação e a crença da cura através da religiosidade**

Nos primeiros anos do advento da AIDS, todas as sociedade procuraram obter explicações para o surgimento da doença. E buscaram em todas as tradições religiosas disponíveis, as leituras para enfrentar os problemas que a doença veicula; como estigma, preconceito, de ser incurável e a iminência da morte. De acordo com Sampaio:

A identificação da aids nos anos 80 como doença extremamente grave e sem perspectivas de cura em curto prazo histórico encontrou morada nesse imaginário povoado pela crença de que as bênçãos e castigos das divindades repousam sobre a corporeidade humana na forma de saúde ou doenças. A correlação estabelecida entre o comportamento das pessoas e sua culpabilidade sobre o mal que acontece em seu

corpo parece ser uma necessidade humana de explicar seus impasses diante da morte.<sup>49</sup>

A visão de “punição pelo pecado”, na questão da AIDS, veio ainda mais carregada, por conta da doença ter acometido previamente os homossexuais, perdurou durante muito tempo e ainda hoje prevalece. E isso traz prejuízos ao paciente, por afetar sua autoestima. E sabe-se que a elevação da autoestima ajuda no equilíbrio físico e psicológico do paciente soropositivo.

Mas atualmente as religiões vêm atuando, de maneira considerável e significativa, no campo da saúde. Igrejas/templos que prometem curas e amparo emocional, oferecendo exatamente o que o indivíduo quer: a promessa de solução para as suas necessidades, a cura para a sua enfermidade. Basta observar os noticiários, propagandas em veículos com som nas ruas, distribuição de folders e na mídia de um modo geral, oferecendo principalmente milagres e soluções para os problemas financeiros. Criando a perspectiva de libertação do ser humano e o estabelecimento do sentido e do significado da existência do indivíduo, então ele se lança então nessa empreitada. E o paciente portador de HIV/AIDS é um indivíduo vulnerável e anseia por esperança de vida, e alguns vão em busca dessa esperança de vida e buscam a cura da sua doença através da religiosidade. Como escreve Santos nessa afirmação:

O fiel transforma-se, assim, em cliente da igreja, em um consumidor à procura de bens e serviços oferecidos por essas instituições, especialmente no caso da resolução de problemas de saúde, cuja situação é agravada por um sistema de saúde ineficiente e desacolhedor.<sup>50</sup>

Sendo assim, seja pela troca de bens e serviços, como o perdão pelos pecados em troca da cura, as pessoas vão atrás dessa oferta que as igrejas oferecem almejando a resposta para os seus desejos, a humanidade tem buscado a religiosidade cada dia mais nos tempos atuais.<sup>51</sup>

<sup>49</sup> SAMPAIO, 2002, p. 25.

<sup>50</sup> SANTOS, Elder Cerqueira. *Religião, Saúde e Cura: um Estudo entre Neopentecostais*, 2004, p. 83. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000300011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 out. 2013.

<sup>51</sup> AQUINO, Avellar, A. Thiago de (org.) Amanda Pereira Moreira Correia; Ana Laura Câmara Marquesi; Cristiane Gabriel de Souza; Heloísa Carolina de Assis Freitas; Izabela Ferreira de Araújo; Poliana dos Santos Dias; Wilma Fernandes de Araújo. *Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional*. Psicol. cienc. prof. vol.29 no.2 Brasília 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000200003>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

### 2.3 A evolução do tratamento frente à religiosidade

Há de se levar em conta que nos últimos 30 anos houveram avanços tecnológicos abissais, com o surgimento de meios para diagnósticos muito eficazes, bem como a oferta de técnicas terapêuticas das mais variadas, proporcionando uma assistência integral para o acompanhamento e tratamento dos pacientes portadores de HIV/AIDS, além de suporte para as intercorrências, todos oferecidos pelo SUS, como: assistente social, psicólogo, médico, enfermeiro, nutricionista, unidade hospitalar, laboratório, testes rápidos, entre outros. Todos esses serviços certamente contribuem para a adesão ao tratamento e melhora da saúde do portador de HIV/AIDS. E, apesar de todos esses avanços, ainda há um sentimento de frieza entre o paciente e a assistência médica, originando um distanciamento entre esses, além de outros problemas no setor saúde como a dificuldade de agendamento, a falta de medicações, entre outros.

E na dicotomia religião e saúde, o religioso vai ganhando espaço em relação à medicina, que transita significativamente no campo da saúde, pois a distância entre o médico e o paciente é cada vez maior, principalmente diante das dificuldades do sistema de saúde no Brasil. E no decorrer da história do campo jurídico da medicina contra o curandeirismo religioso, a religião vem ganhando adeptos da própria classe médica.

Sanchez, em sua tese de doutorado, relatou que os resultados positivos de recuperação dos paciente se deve mais à influência religiosa pelo acolhimento e apoio que recebem, e que efetivamente há uma melhora da autoestima e autoconfiança pelo tratamento a eles dispensados, pelo grau de envolvimento emocional dos religiosos com os problemas e na busca de soluções para as necessidades do paciente. E que o acolhimento faz com que se sintam iguais; os aproximando destes e distanciando dos médicos.<sup>52</sup> Sobre esses resultados positivos de melhora do paciente frente à religiosidade Valcanti diz:

O enfrentamento positivo foi mais visado que o negativo, o que corrobora com os resultados obtidos em outro estudo, que objetivando investigar as modalidades de enfrentamento religioso em homens católicos e evangélicos portadores de HIV/AIDS, observou maior uso de estratégias de enfrentamento que envolviam fatores positivos do que negativos. Naturalmente, conhecer a importância que o

---

<sup>52</sup> SANCHEZ, Zila van der Meer. *As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas*. São Paulo, 2006, p. 14. Disponível em: <[http://www.amebrasil.org.br/html/tese\\_zila\\_PhD.pdf](http://www.amebrasil.org.br/html/tese_zila_PhD.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

paciente dá à sua religião/espiritualidade pode ajudar o enfermeiro a estabelecer estratégias de coping religioso.<sup>53</sup>

E por causa das respostas positivas de melhoras do estado geral do paciente, a ciência retomou a discussão do religioso na busca de esclarecimentos sobre as particularidades do ser humano, suas dores, seus conflitos e buscas de cura das doenças. Nota-se nos dias atuais que a busca pela cura não se dá somente pela cura das doenças *incuráveis*, mas no cotidiano do indivíduo paira o desejo de estar bem o tempo todo. Sendo assim, há uma busca constante por cura por parte do indivíduo.

Tal importância tem a religiosidade na vida do ser humano que o Ministério da Saúde preconizou o direito de ter o líder religioso nas Unidades de Saúde, por acreditar que o fato do líder religioso estar presente, ajudará o paciente no enfrentamento da doença, no cuidado para se tratar e, conseqüentemente, refletirá para a melhora da saúde do cliente. Decreta o MS, através da Lei:

A Lei nº 9.982, Cap. I - Assistência religiosa, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Art. 1º, Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.<sup>54</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, a valorização do trabalho das parteiras e terapeutas tradicionais (homens e mulheres benzedoras, rezadeiras, curandeiras e outras), incluindo a elaboração de um cadastro em parceria com outros órgãos. São peças fundamentais na assistência à população, principalmente na rede básica de Saúde. Por estes estarem ou serem próximos dos indivíduos na comunidade.

Faria e Seidl, em sua pesquisa, observaram que o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e de enfrentamento religioso positivo esteve associado à expressão do afeto positivo. Assim, pessoas que lidavam com a condição de soropositividade de forma mais adaptativa e, ao fazerem uso de sua religiosidade, faziam-no de forma positiva – buscando em Deus amor, cuidado, ajuda, força e perdão – tenderam a apresentar mais sentimentos prazerosos relativos ao bem-estar subjetivo. Ainda no mesmo estudo as autoras

<sup>53</sup> VALCANTI, Carolina C. et al. *Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico*. p. 841. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/08.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

<sup>54</sup> BRASIL. *Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil*. Brasília-DF. 2007, p. 9. Disponível em: <[file:///C:/Users/Cliente/Downloads/direitos\\_usuarios\\_servicos\\_acoes\\_saude\\_brasil.pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/direitos_usuarios_servicos_acoes_saude_brasil.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2015

relatam as dificuldades dos pacientes em revelar se sua religiosidade tem ajudado em melhoria da sua saúde por causa do efeito dos estigmas e preconceitos sobre sua sexualidade.<sup>55</sup>

Segundo Faria, algumas religiões contribuem para o aumento do preconceito por conta de suas doutrinas serem contra a opção sexual, levando o indivíduo portador de HIV/AIDS a sofrer mais pelo estigma da doença:

O fato de ser uma doença sexualmente transmissível, pode ser hipotetizado como um agravante do preconceito possível de ser encontrado em grupos religiosos, principalmente em congregações de origem católica ou evangélica. Essas duas religiões possuem em seus dogmas muitas restrições à expressão da sexualidade fora do casamento e entre pessoas do mesmo sexo.<sup>56</sup>

O autor Valente realizou uma pesquisa sobre a religiosidade do indivíduo idoso e constatou que os profissionais de saúde reconhecem que a religiosidade é facilitadora das interações sociais, à medida que a expressão da religiosidade, através de atos e cultos (religiões), favorece as relações interpessoais solidárias.<sup>57</sup> Não importa qual religião ou qual o tipo de religiosidade que a pessoa tenha, nem qual é a maneira de cultuar ou exercitar a sua fé, a experiência religiosa em cada indivíduo é pessoal, como diz Vasconcelos:

Por meio da espiritualidade, experimenta-se pessoalmente os misteriosos caminhos do eu profundo, suas contradições e antagonismos internos, suas formas simbólicas de expressão, sua capacidade de mobilizar energias intensas e de encontrar significado para as situações de crise<sup>58</sup>.

Não existe uma comprovação negativa ou positiva, concreta ou definitiva sobre o tema religião e saúde. O ser humano é por si só, complicado. E ainda há muito que se pesquisar e estudar sobre esse relacionamento. No momento, o que se conclui é que a religião é por vezes uma fonte de conforto, apoio e suporte emocional e por vezes uma fonte de conflito e de aflições e angústias emocionais.

<sup>55</sup> FARIA e SEIDL. *Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, jan. abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a18>>. Acesso em 12 jul. 2014.

<sup>56</sup> FARIA. 2006, p 163. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000100018&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100018&Ing=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

<sup>57</sup> VALENTE, Neide Maria de L. de Moraes; BACHION, Maria Márcia; BOUTTELET, Denize Munari. *A religiosidade dos idosos: Significados, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde*. p. 14. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a02.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2015.

<sup>58</sup> VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.) *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo. Hucitec, 2006, p. 123. Disponível em: <<file:///C:/Users/Acer/Downloads/669-2023-1-SM.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

No próximo capítulo falarei sobre a atuação da equipe de enfermagem como mediadora no processo de recuperação, tratamento e acompanhamento do paciente portador do vírus HIV/AIDS, de como a enfermagem pode ajudar na prática para a melhora e no auxílio ao paciente no enfrentamento à doença e seus percalços.



### 3 A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO MEDIADORA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E ENFRENTAMENTO DA DOENÇA

A história da enfermagem passa por caminhos de muitas lutas e pequenas conquistas. Nos primórdios a enfermagem sofreu muita discriminação e foi vítima de estigma e até os dias atuais luta pela dignidade, melhoria da categoria, melhores condições de trabalho. E, inclusive melhores remunerações. As primeiras práticas de enfermagem foram as instintivas, onde as mães cuidavam dos seus filhos e familiares em busca da sobrevivência e perpetuação da família. Perpassa por sacerdotes, religiosos (as), escravos (as), damas da elite e prostitutas (Reforma Protestante).\*

Segundo Dornelles et al. “A reforma protestante teve grande repercussão sobre a enfermagem, uma vez que esta estava agregada à prática religiosa”.<sup>59</sup> Nesse período houve o fechamento de muitos hospitais e expulsão das religiosas que cuidavam dos doentes, e foram substituídas por mulheres de nível moral e social baixo e embriagadas, e estas não cuidavam adequadamente do paciente.<sup>60</sup>

Mas foi na Inglaterra, no século XX, que a enfermagem foi institucionalizada, tendo em Florence Nightingale sua principal expressão, a precursora da enfermagem, imortalizada como a “Dama da lâmpada” (por carregar um lampião ao fazer ronda à noite cuidando dos soldados feridos nos hospitais de campanha na Guerra da Criméia).<sup>61</sup>

Segundo o International Council of Nurses, citado por Taylor et al., constituem papel da enfermagem:

A enfermagem abrange o cuidado autônomo e colaborativo de pessoas de todas as idades, das famílias, dos grupos e comunidades, saudáveis ou doentes, e em todos os locais. Inclui a promoção da saúde, a prevenção das doenças, e o cuidado de doentes, incapacitados e pessoas que estão para morrer. Defesa, promoção de meio ambiente seguro, pesquisa e participação nos modelos de políticas de saúde e na administração de pacientes e sistemas de saúde, bem como educação.<sup>62</sup>

<sup>59</sup> DORNELLES, Telma G. S., MOREIRA, Almerinda e MACHADO, Wiliam C.A. *História da enfermagem versões e interpretações*. Rio de Janeiro, 3ª, Revinter, 2009. Disponível em:

[http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencSociais\\_SilvaEV\\_1.pdf](http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencSociais_SilvaEV_1.pdf). Acesso em: 26 fev. 2016.

<sup>60</sup> DORNELLES et al. 2009. Disponível em:

[http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencSociais\\_SilvaEV\\_1.pdf](http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencSociais_SilvaEV_1.pdf) >. Acesso em: 26 fev. 2016.

<sup>61</sup> LIRA, Margareth de Faria e BONFIM, Maria Eliza S. *História da enfermagem e legislação*. Rio de Janeiro, cultura Médica Ltda, 2002. Disponível em:

[http://www0.rio.rj.gov.br/arquivo/pdf/revista\\_agcrj\\_pdf/revista\\_AGCRJ\\_6\\_2012.pdf](http://www0.rio.rj.gov.br/arquivo/pdf/revista_agcrj_pdf/revista_AGCRJ_6_2012.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

\*Reforma protestante: movimento religioso que rompeu com a autoridade da Igreja católica, dando origem a novas religiões cristãs.

<sup>62</sup> TAYLOR et al. *Fundamentos da enfermagem: a arte e a ciência do cuidado em enfermagem*. Artmed, 7ª ed., 2014, p. 34. Disponível em:<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAFIpsAL/evolucao-historica-assistencia-enfermagem>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

Devido a abrangência do trabalho da enfermagem e a necessidade da demanda moderna de ser preconizada uma assistência do homem em sua totalidade é imprescindível que esse seja cuidado como um todo, não mais como um corpo doente, mas como um cidadão com seus desejos e anseios, como cidadão que quer tratamento, quer cuidado, quer viver e com qualidade de vida. Como cita Marx:

Dentro de uma abordagem filosófica-administrativa, o homem era visto apenas como um ser puramente produtivo. Ao longo dos anos, começou-se a ter uma outra visão do homem, percebido como um todo, não fragmentado, com necessidades que não se limitam apenas ao aspecto físico, estendendo-se para as dimensões psicológicas, emocionais e sociais.<sup>63</sup>

E é na visão holística e humanizada que o enfermeiro deve nortear as ações de assistência ao cuidado com o paciente/cliente portador do HIV e sua família. O adoecimento altera completamente a rotina da vida do paciente, podendo mudar sua trajetória pra sempre, então a atuação dos profissionais de saúde pode ajudar na solução dos problemas surgidos no intercorrer do acompanhamento na unidade de saúde. Como diz Cavalcanti:

O atendimento de um profissional de saúde, na circunstância de uma doença grave, busca compreender uma angústia, um pedido de ajuda. Assim, o profissional precisa aplicar sua sensibilidade para lidar com o ouvir e o sentir de uma pessoa fragilizada, pela doença, pelo tempo que perdeu para chegar ao diagnóstico e pelas tentativas frustradas de solução de seu problema.<sup>64</sup>

A atuação da enfermagem tem a sua peculiaridade advinda da sua história de abnegação, devoção e subordinação. Particularidade essa que se resume em uma palavra; o cuidar\*, palavra que é a essência da profissão de enfermagem. Mas não é um cuidar meramente prático ou sob simples terapêutica, mas o cuidar holístico e repleto de conhecimento científico, onde a assistência é realizada de maneira reflexiva, o pensar a ação de enfermagem (assistência, ação técnica mais o conhecimento científico), cujo o intuito é proporcionar a melhora do estado de saúde e da qualidade de vida do paciente/cliente. E Ambrosano, traz uma contribuição em relação ao ser humano que precisa ser cuidado em seu aspecto emocional evidenciando, assim, a importância do tipo de cuidado peculiar da enfermagem para o indivíduo e sua família: [...] “Parece claro que não somos mais

<sup>63</sup> MARX, Lore Cecília. *Manual de gerenciamento de enfermagem*. 2 ed. rev. e atual. São Paulo, EPUB, 2003. p. 11.

<sup>64</sup> CAVALCANTI, Desiree R. 2005, p. 44.

\* Cuidar: Ter cuidado em; tratar de. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

organismos separados, corpo-mente, e de que existe uma forte relação entre problemas orgânicos e patologia, e com a dimensão emocional dos sujeitos”.<sup>65</sup>

O cuidado de enfermagem começa desde o acolhimento, seja ele ao indivíduo, família ou à comunidade. Seja na ação de promoção, ou prevenção à saúde, passa por cuidados simples como uma aferição da pressão arterial, ou por procedimentos mais complexos, como os procedimentos invasivos, e/ou ainda, a assistência ocorre em unidade intensiva. Qualquer que seja a assistência é fato que o papel da enfermagem na saúde e na doença é de extrema importância para o serviço de saúde e para o indivíduo, família e para a comunidade.

O ser humano está sujeito a todo e qualquer tipo de agravo na sua vida, que são provocados por diversos fatores (intrínsecos e extrínsecos), e de acordo com sua cultura e valores tem necessidades que precisam ser supridas e todo indivíduo vai em busca da provisão dessas necessidades, buscando o seu bem-estar.

Ambrosano afirma que o indivíduo é carente de corpo (fisiológico) e de mente (psicológico), sendo assim, ele precisa de apoio, sustento, cuidados preventivos e terapêuticos e até dos cuidados paliativos, precisa ser tocado, precisa falar, externar seus sentimentos e agruras, e necessita ser ouvido. E é essa a função que a enfermagem exerce por ser ela a estar próxima ao paciente/cliente e durante grande parte do tempo. Esse relacionamento enfermeiro/paciente, é um convívio que suscita a cumplicidade e o respeito mútuo, gerando uma conexão de dependência saudável e de confiança no profissional e esses sentimentos são muito benéficos para o tratamento, porque levará a uma adesão ao tratamento e o cuidado com o seu próprio corpo.<sup>66</sup>

O paciente soropositivo é ainda mais passível desses sentimentos e carências por pertencer a um grupo que sofre com a discriminação e com o estigma da doença. Por esses motivos os portadores de HIV/AIDS obtiveram legalmente direitos adquiridos que amenizam essas questões, como por exemplo, o sigilo profissional que precisa ser respeitado com as suas especificidades.

Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, 1989. (Aprovado no Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG), em Porto Alegre - RS):

I- Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a AIDS.

II- Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.

---

<sup>65</sup> AMBROSANO, Rosimeire Macedo. *A enfermagem-formação interdisciplinar do enfermeiro*. São Paulo, Unid, 2002. p. 82.

<sup>66</sup> AMBROSANO. 2002, p. 81.

III- Todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.

IV- Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.

V- Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/AIDS, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.

VI- Todo portador do vírus da AIDS tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/ AIDS um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.

VII- Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.

VIII- Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/ AIDS, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.

IX- Ninguém será submetido aos testes de HIV/AIDS compulsoriamente, em caso algum. Os testes de AIDS deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.

X- Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.

XI- Toda pessoa com HIV/ AIDS tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.<sup>67</sup> E nesse contexto a enfermagem tem um papel essencial sobre o cuidado e responsabilidade com o paciente soropositivo que veremos a seguir.

---

<sup>67</sup> BRASIL. *Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social; n. 06. Ministério da Saúde Brasília - DF 2008. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/DIREITOS\\_HUMANOS.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/DIREITOS_HUMANOS.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2016.

### 3.1 A Enfermagem e a responsabilidade do cuidar

O significado de cuidar é “ter cuidado, tratar de, assistir: cuidar das crianças. Cogitar, imaginar, pensar, meditar: cuidar casos graves. Julgar, supor: cuida ser uma pessoa importante”.<sup>68</sup> A palavra enfermeiro (em inglês *nurse*) origina-se da palavra latina *nutrix*, que significa nutrir. De acordo com Ambrosano:

A enfermagem é uma ciência do cuidar humano, do cuidar profissional, que se traduz em ações sistematizadas para o atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo e da coletividade, numa troca constante de relação entre o eu e o outro... respeitando e assimilando as fronteiras das ciências.<sup>69</sup>

Já o psicólogo Maslow, famoso por ter confeccionado uma pirâmide sobre as necessidades básicas do indivíduo, diz que o ser humano tende a satisfazer suas necessidades primárias, ou seja, o homem busca suprir as necessidades mais baixas na pirâmide, antes de pensar em buscar as do mais alto nível. Da base para o topo da pirâmide, os degraus dos grupos tornam-se com prioridade diminuída. Isto prova que as necessidades dos níveis mais baixos devem ser atendidas para que o ser humano alcance os níveis superiores. A satisfação de um nível faz com que a pessoa busque o nível imediatamente acima. Então o que se conclui é que precisamos do mínimo de satisfação das nossas necessidades para o nosso bem-estar.

Independentemente do nível de suas necessidades, pois os indivíduos sempre estarão desejando alguma coisa mais da qual não dispõem. Quanto mais alto o nível de necessidade, mais elevados serão estes desejos e, conseqüentemente, mais fortes as reclamações e frustrações dos indivíduos.<sup>70</sup>

No pensamento de Boundy et al., as enfermeiras que se dedicam a cuidar de clientes que apresentam necessidades de saúde nas áreas clínica e cirúrgica desempenham vários papéis – por exemplo, assistenciais, educação, administração e pesquisa, em todos os setores da atenção à saúde que envolve desde os cuidados aos clientes nos variados problemas e doenças e na condição de hospitalizados até o gerenciamento e a implementação dos cuidados ao cliente em domicílio.<sup>71</sup> Hesketh ainda fala:

<sup>68</sup> DICIONÁRIO ON LINE DE PORTUGUÊS. Disponível em: < <http://www.dicio.com.br/cuidar/>>. Acesso em 03 out. 2015.

<sup>69</sup> AMBROSANO, 2002, p. 79. Disponível em:< [https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/Educacao/Dissertacoes/reis\\_vkr\\_me\\_mar.pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/Educacao/Dissertacoes/reis_vkr_me_mar.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

<sup>70</sup> HESKETH, José Luiz; COSTA, Maria T. P. M. *Construção de um instrumento para medida de satisfação no trabalho*. Rio de Janeiro, setembro de 1980. p. 59 e 60. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v20n3/v20n3a05>>. Acesso em: 14 out. 2015.

<sup>71</sup> BOUNDY, Janice et al. *Enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 3ª ed., 2004.

Uma necessidade pode expressar diferentes fenômenos: Primeiro, pode indicar um estado de deficiência ou de diferença. Segundo, pode referir-se a um estado de tensão no organismo, o qual é considerado como uma motivação ou uma força que impele para um determinado comportamento. Terceiro, pode referir-se a alguma coisa que é necessitada, e neste caso, uma necessidade é expressa pelo objeto que é necessário.<sup>72</sup>

“A maioria das definições de enfermagem descreve o enfermeiro como pessoa que nutre, encoraja e protege; preparada para cuidar dos doentes, feridos e idosos”.<sup>73</sup> A enfermagem é um sacerdócio\*, quem se engaja nessa profissão precisa ter vocação para essa entrega.

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação da saúde, respeitando os preceitos éticos e legais. O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem a satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas[...]<sup>74</sup>

A enfermagem enquanto ciência é regulamentadora da assistência do cuidar do indivíduo, família ou comunidade, pois há limites no cuidar de enfermagem, por isso os procedimentos são regulamentados minuciosamente através do Código de Deontologia da Enfermagem, da SAE-Sistematização da Assistência de Enfermagem, do Processo de Enfermagem (Resolução COFEN 358/2009) e do Regimento Interno do Departamento de Enfermagem. A profissão de enfermagem é uma filosofia de vida pautada em responsabilidades profissionais, fundamentada em ações para a obtenção de resultados favoráveis à assistência.<sup>75</sup>

A missão do Departamento de Enfermagem é assegurar aos pacientes/clientes uma assistência sistematizada, humanizada e personalizada, embasada em princípios éticos, técnicos e científicos, imprimindo qualidade e competência no atendimento, priorizando a união entre a equipe de trabalho.<sup>76</sup>

De acordo com a Lei nº 7.498/86, Art. I:

- O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, chefia de serviço e de unidade de enfermagem, sejam em instituições públicas ou privadas;

<sup>72</sup> BENEDET, Silvana Alves e BUB, Maria Betina Camargo. *Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na Teoria das necessidades humanas básicas e na Classificação diagnóstica de Nanda*. Florianópolis-SC: Bernúncia, 1998. 134 p. p. 15.

<sup>73</sup> TAYLOR ET AL. 2014, p. 37.

<sup>74</sup> COREN-RJ. *Código de ética e legislação*. Ed. 2014. Dos Princípios Fundamentais, Cap. I, Art. 1º, p. 57.

<sup>75</sup> COFEN-*Conselho Federal de Enfermagem*. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 13 ago 2015.

<sup>76</sup> MARX. 2003, p. 11.

\*Sacerdócio: o que exerce profissão honrosa ou cumpre missão elevada. Disponível em:<<http://www.webdicio.com/dicionario-de-portugues/sacerdote>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

- Organização e direção de serviços de enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.
- Art. I, alíneas h, i, j, l: cabe também ao enfermeiro, privativamente, os serviços de consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem,
- Consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem a ser executada pela equipe de enfermagem, cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves, com risco de vida ou cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos de base científica e a capacidade de tomar decisões imediatas.
- Incumbe ainda ao enfermeiro a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública, ou em rotinas aprovadas pelas instituições de saúde.

Art. 5º: exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, honestidade e lealdade.

Art. 6º: fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

Diante dessas emanções, é notório a abrangência da competência técnica e legal, e ainda a conseqüente responsabilidade civil do profissional de enfermagem.<sup>77</sup> O enfermeiro é hoje o responsável pela maioria dos Programas do Ministério da Saúde na Atenção Básica e também na Rede Hospitalar, pública ou privada.<sup>78</sup>

Para o enfermeiro se faz notória a necessidade do aprendizado contínuo, do conhecimento e da pesquisa científica, associados à formação de uma consciência profissional, que enfatize a importância do papel social e da sua corresponsabilidade como agente de educação, prevenção e de restabelecimento da saúde do indivíduo, família e comunidade.

E pela gama de especialidades que o enfermeiro pode se formar e pelas variados setores em que ele pode atuar, uma parte da enfermagem busca hoje capacitar-se cada vez mais, para acompanhar as exigências impostas a ele, tanto no meio intra-hospitalar, como na saúde pública no Brasil, para adquirir habilidades e competências que facilita o enfrentamento dos desafios cotidianos do seu trabalho.

O perfil do enfermeiro na atualidade, inclui a combinação de qualidades múltiplas, na formação de um conjunto harmônico de vários fatores, que priorizam a responsabilidade profissional, o direito de pensar e a autonomia para agir, no exercício de sua profissão são imprescindíveis.

<sup>77</sup> SILVA, Joacir da. ED. João Pessoa-PB. *Responsabilidade civil: é o princípio que subordina a reparação à sua incidência na pessoa do causador do dano. Dever de ressarcimento.* 2006, p. 20.

<sup>78</sup> CUBAS, Márcia Regina e Nóbrega, Maria Mirian Lima da. *Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* Rio de Janeiro, ed. Elsevier, 2015. p. 189.

Desde a sua formação e muito mais ainda pelas exigências e amplitude de responsabilidades, o enfermeiro se preocupa continuamente com o seu próprio aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional, não restringindo a sua formação ou área de atuação, mas expandindo seus conhecimentos e experiências, cujo alvo final que deseja obter é motivar, é ensinar, estimular e capacitar sua equipe de trabalho, de acordo com sua potencialidade, capacidade, expectativa e necessidade, para alcançar eficácia na assistência ao paciente/cliente, seja na prevenção, no cuidado na doença, na reabilitação ou na morte.

### **3.2 A importância da enfermagem na assistência ao paciente HIV/AIDS e no cuidado com a família do paciente**

Diante de qualquer doença há um melindre em se lidar com o paciente e com sua família. Em se tratando de uma doença grave e ainda incurável, há que se dizer que é uma situação mais difícil de se lidar, pela gravidade do contexto que existe em relação ao HIV/AIDS. Segundo David:

Lidar com uma pessoa (con) vivendo com HIV/AIDS é uma tarefa que exige um grande desprendimento, capaz de superar os estigmas morais que fazem parte de seu dia a dia, além de ser capaz de suportar as frustrações advindas da impossibilidade de oferecer a essas pessoas uma assistência que minimize seu sofrimento, diante da internação e diante da possibilidade eminente da morte, até porque, a maioria das instituições assistenciais não disponibilizam condições de trabalho que propicie respeito e dignidade ao ser humano que recebe assistência, a família e ao trabalhador de enfermagem.<sup>79</sup>

A enfermagem enfrenta um grande desafio, por conta de todo um conflito, advindo da doença (até certo ponto natural e compreensível) do paciente soropositivado com sua atual (situação nova) condição de enfermo, em relação aos estigmas, preconceitos e, como vimos acima, das dificuldades rumo ao processo de adesão ao tratamento antirretroviral, por causa principalmente do enorme desconforto causado pela administração das várias combinações de medicações dos coquetéis, suscitando uma grande vontade de desistência e até de renúncia ao tratamento e ao acompanhamento. Como relata Barbará:

Neste contexto, nota-se a inserção da terapia antirretroviral, a partir de 1996, que trouxe consigo uma esperança de prolongar a vida, dando à doença um caráter evolutivo crônico, potencialmente controlado. No entanto, a adesão ao tratamento

<sup>79</sup> DAVID, Genair Lourdes Bogoni de. *Interagindo com famílias que convivem com Aids: uma abordagem de enfermagem sob a visão de Imogene King*. Florianópolis-SC, agosto de 2000, p 13-14. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/78754/175496.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 16 out. 2015.

destaca-se entre os maiores desafios da atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, uma vez que requer mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços de saúde, de novos arranjos e oferta de atividades específicas visando promover e assegurar a adesão.<sup>80</sup>

Carneiro em seu trabalho diz que o número e as combinações dos medicamento antirretrovirais são limitados e existindo risco de necessidade de combinações com outras drogas, o que pode comprometer ainda mais a adesão ao tratamento.<sup>81</sup> Melchior ainda diz mais:

Efeitos colaterais como náusea, vômito, dor de cabeça e diarreia foram classificados como dificuldades relacionadas diretamente ao uso da medicação. Outros fatores relacionados diretamente ao ato de tomar a medicação incluíram: dificuldade em dissolver ou em engolir, e intolerância ao cheiro e ao gosto.<sup>82</sup>

Sensibilizar e conscientizar o paciente soropositivo nesta hora tão impar e dificultosa, trazer-lhe à razão para a importância do tratamento e acompanhamento com os profissionais de saúde para a obtenção da melhora e do restabelecimento de sua saúde, dar apoio para o enfrentamento é no que a enfermagem e sua equipe se empenham para realizar e obter o máximo de êxito durante a assistência à saúde dos pacientes. De acordo com Leite:

Algumas situações dificultam para seguir a prescrição de antirretrovirais: experiências negativas com a medicação (sentir que os comprimidos têm cheiro forte, ter dificuldade para engoli-los), sentirem-se aborrecido e deprimido, nervoso e irritado, e com medo da discriminação ou crítica social.<sup>83</sup>

Apesar de toda a oferta de medicamentos com boa eficácia que está disponível atualmente no mercado farmacológico, com intuito de baixar o grau da infectividade pelo HIV, há ainda muitas barreiras que atrapalham e impedem a adesão ao tratamento e ainda pior, causam o abandono do paciente ao acompanhamento de saúde.

A atuação e contribuição da Equipe de Assistência de Enfermagem mostra-se de grande valor, pois somente a adesão dos pacientes, associadas aos procedimentos antirretrovirais, é que irá trazer um progresso da terapia que levará a evolução do paciente no aspecto fisiológico e, conseqüentemente, no psicológico.

<sup>80</sup> BARBARÁ, Andréa; SACHETTI, Virginia A. Reis; CREPALDI, Maria Aparecida. *Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS*. Interação. Curitiba-PR, jul. dez. 2005, p. 331-9). Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewFile/4783/3670>>. Acesso em: 10 out. 2015.

<sup>81</sup> CARNEIRO. 2001, p. 496.

<sup>82</sup> MELCHIOR, Regina et al. *Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil*. Disponível em: <<http://www.file:///C:/Users/Cliente/Downloads/32368-37553-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

<sup>83</sup> LEITE. J.C.C; et al. 2002. *Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral*. Psicol. Reflex. Crit. [online]. 2002, vol.15, n.1, pp. 121-133 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722002000100014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722002000100014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 ago. 2015.

Na realidade, o que ocorre é que aquele soropositivo que adere ao tratamento apresentará longevidade idêntica ao de uma pessoa não infectada (ao soronegativo). Ao contrário daquele soropositivo, que quando não adere com obstinação ao tratamento e o uso dos antirretrovirais, certamente desenvolverá as doenças relacionadas à AIDS, acarretando com isso risco de ir a óbito precocemente.

Carvalho *et al.*, citado por Torres, consideram que variáveis socioeconômicas e de hábitos têm maior força de associação com o nível de aderência do que as relacionadas com a doença ou com o tratamento. Alguns autores têm na figura do enfermeiro apenas a condição de um profissional de suporte clínico para assistência ao paciente, com o único sentido de ouvir, ensinar, confortar e deixá-los perceber que não sentem medo deles e nem de sua doença. A meta do paciente e do enfermeiro é o alívio, a prevenção da dor e a manutenção da vida.<sup>84</sup>

Mas apesar de o paciente desejar aliviar-se e ou curar-se, muitas vezes ele não quer fazer nenhum esforço para que isso aconteça. Não quer se comprometer com o tratamento, não quer fazer os exames que são requisitados periodicamente, por que nem sempre ele precisa dos antirretrovirais, esses, só serão necessários mediante a elevação da sua carga viral. Situação essa desoladora.

Daí o trabalho da assistência de enfermagem no convencimento do paciente e até com os familiares, de que é necessário empenho e compromisso por parte do paciente para que ocorra a sua melhora. E, muitas vezes, essa abordagem é bem difícil e complicada de ser executada, não só pelo enfermeiro, mas por toda a equipe de saúde, causando por vezes o afastamento do paciente do programa de DST/AIDS, ficando para os profissionais de saúde uma situação de frustração e uma perda irreparável para o Sistema de Informação em Saúde – SIS\* e para o Ministério da Saúde. Esta é outra questão preocupante em se tratando de saúde pública no Brasil.

Um dos objetivos básicos do Sistema de Informação em Saúde – SIS é possibilitar a análise da situação de saúde em nível local tomando como referência microrregiões homogêneas e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença.<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup>TORRES, Daniele Viana Maia. *Histórias de vida dos pacientes com aids e em falha terapêutica*. Fortaleza - CE, 2010, p. 173. Disponível em: <[http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/daniele\\_viana\\_maia\\_torres.pdf](http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/daniele_viana_maia_torres.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2015.

<sup>85</sup>BRASIL. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Vigilância em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde-Brasília: (Coleção Progestores - para entender a gestão do SUS, 6, I). CONASS, 2007, p. 278.

\* Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas

A alimentação do SIS é de responsabilidade do profissionais de saúde que atuam em rede pública, que é o caso, e principalmente do enfermeiro, que é na maioria dos programas o responsável por esta tarefa também.<sup>86</sup>

Sendo assim, o afastamento, a não adesão ao tratamento dos antirretrovirais e a não realização dos exames periódicos contrafaz e atrapalha diretamente o bom desenvolvimento do trabalho do enfermeiro e de sua equipe.<sup>87</sup>

Em relação a assistência à família do paciente é importante ressaltar que é necessário que haja uma integração entre o enfermeiro e os familiares. O enfermeiro deve compreender as necessidades assistenciais no momento do relato do diagnóstico e/ou pelo menos muito precocemente (por que no caso do soropositivado, vai ser ele quem terá que dizer somente e quando quiser, para as pessoas de sua escolha). Relata Rosemary que:

Acreditamos que, quando a interação e a comunicação estabelecidas são consideradas como necessidade da equipe cuidadora, possibilitam a aproximação entre os envolvidos na relação, a qual é manifestada através do afeto e de palavras que se constituem em estímulos verbais.<sup>88</sup>

O enfermeiro pode contribuir para atender as necessidades, com ações que possam oferecer dignidade e ajuda à família no momento de insegurança, dor e desespero. Levar atenção, acalanto e conforto humano e espiritual aos familiares é promover a humanização. Uma assistência de enfermagem humanizada requer uma mudança de comportamento, pois a responsabilidade da equipe ultrapassa as intervenções tecnológicas e medicamentosas e estribar-se num conhecimento profundo do ser humano em todas as suas dimensões. De acordo com Gomes:

Desta forma, percebemos que dentre os profissionais que cuidam da saúde das pessoas, o enfermeiro é aquele profissional que sempre tem uma atuação relevante

---

de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. MINISTÉRIO DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia\\_brasileira\\_sistemas\\_saude\\_volume1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2016.

<sup>86</sup> CAVALCANTE, Ricardo Bezerra. *Sistema de informação em saúde e o cotidiano de trabalho de Profissionais de unidades de terapia intensiva de um hospital privado de Belo Horizonte*. Reme – Rev. Min. Enferm.13(4): 467-473, out./dez., 2009. p. 467. Disponível em:

<[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c1220c4cae6d.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c1220c4cae6d.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2015.

<sup>87</sup>PADOIN, Stela Maris M. et al.. *Fatores Associados à não Adesão ao Tratamento Antirretroviral em Adultos acima de 50 Anos que Têm HIV/Aids*. Disponível em:< <http://www.dst.uff.br/revista23-4-2011/9.Fatores%20associados%20a%20nao%20adesao%20ao%20tratamento.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

<sup>88</sup> ROSEMARY, Silva da Silveira, et al. *Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI*. Florianópolis-SC, 2005, p. 129. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a15v14nspe.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015

no processo de apoio ao indivíduo com AIDS e sua família, no sentido de propiciar a ambos a aceitação, compreensão e conhecimento sobre a doença, o que nos motivou a buscar o conhecimento de como tem sido a participação do enfermeiro diante da família do indivíduo portador do HIV/AIDS.<sup>89</sup>

“É de fundamental importância não apenas a preocupação com o paciente, mas também com suas famílias, que vivenciam com a doença AIDS no seu cotidiano pois é a família quem passará maior parte do tempo com eles”.<sup>90</sup> Como já foi dito, no caso de familiares de pacientes soropositivos, nem sempre os mesmos vão estar incluídos na assistência, porque muitas vezes eles não sabem da condição do de doença do familiar. Pela resistência do paciente em contar, por saberem que a família sofrerá muito por causa da sua doença.

De acordo com Araújo et al., quando vivenciam o apoio e a presença da família, as mulheres tornam-se mais preparadas para enfrentar as dificuldades. A aceitação e a adesão ao tratamento podem ser melhoradas com o suporte familiar.<sup>91</sup> Nesse caso, podemos abranger todos os pacientes acometidos pelo HIV/AIDS ou outra doença, que tenha o apoio de sua família responderá muito melhor a qualquer adversidade na vida.

Noutras vezes ficam sabendo por terceiros ou tardiamente, o que pode acarretar maiores contratemplos. O momento da descoberta do diagnóstico positivo para o HIV, é o mais periclitante, é o período em que a equipe precisa ter mais centro e coerência para lidar com a situação, para que justamente não ocorra abandono e não adesão. Passado esse momento primário a situação fica mais fácil de se lidar, de realizar o cuidado. Segundo Araújo:

A família torna-se um ponto fundamental nesse processo por ser a fonte primária no compartilhamento do diagnóstico. No entanto, algumas não recebem o apoio necessário, o que as fragiliza, tornando-as susceptíveis a distúrbios emocionais.<sup>92</sup>

<sup>89</sup> GOMES, Andréa Rodrigues, BORGES, Marília Arlete Póvoa. *A atuação do enfermeiro ante a família vivendo com aids*. Goiânia-GO, 2003. Disponível em:

<[http://www.pucgoias.edu.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia\\_04.pdf](http://www.pucgoias.edu.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_04.pdf)>. Acesso em: 16 out. 2015.

<sup>90</sup> GOMES et al. 2003, p. 15.

<sup>91</sup> ARAÚJO, Maria Alix Leite et al. *Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a10v61n5.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015.

<sup>92</sup> ARAÚJO et al. 2008, p. 593. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a10v61n5.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015.

\*TV: *Transmissão vertical* - transmissão do HIV da mãe para o bebê. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. MANUAL DE BOLSO. Brasília - DF 2007.

No cuidado com a família do paciente soropositivo, ainda há outro complicador, a aceitação da soropositividade do cônjuge.<sup>93</sup> A situação fica ainda mais difícil e complicada de ser aceita e compreendida, principalmente diante ou na desconfiança de traição. E a assistência do cuidado pelos profissionais de saúde se encontra num momento de uso de todo seu conhecimento, bom censo na busca de uma abordagem eficiente dos parceiros. Sobre o assunto relata Santos:

As mulheres que possuíam parceiro fixo ou eram casadas não foram reconhecidas como pessoas com possibilidade de se infectarem. E, este não reconhecimento, inviabilizou implementação de uma política voltada para a prevenção do agravo entre mulheres jovens sexualmente ativas e também entre aquelas com faixa etária acima de 50 anos.<sup>94</sup>

De acordo com David, “o avanço da AIDS, chegou às famílias trazendo consigo as mais variadas situações e problemas. Despertou medo e desconfiança nas pessoas, atestou a infidelidade entre os casais, mostrou e mostra o preconceito das pessoas.”<sup>95</sup> E a enfermagem entra nesse contexto porque ela assiste o paciente e sua família e precisa estar preparada para enfrentar essa situação e ajudar a família do paciente para que possam juntos superar seus problemas. A enfermagem precisa também compreender e entender a religiosidade do paciente e sua família, como explicarei a seguir.

### 3.3 A compreensão da enfermagem na religiosidade do paciente

Segundo Marx, “as crenças e valores são componentes da filosofia do Departamento de Enfermagem e correspondem aos princípios, nos quais ela acredita, defende e dissemina entre seus colaboradores”.<sup>96</sup>

Nesse sentido, Campos e Ferreira, lembram que é indispensável que o profissional tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa postura que não seja

<sup>93</sup> DASPET. São Paulo, 2015, p. 43. Disponível em: < <http://cercleuniverselambassadeurspaix-dd.blogspot.com.br/2015/09/dia-internacional-da-paz-na-cidade-de.html>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

<sup>94</sup> SANTOS, Ninalva de Andrade. *Representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/aids*. sobre aids, HIV e cuidado de enfermagem. Salvador, 2014. Disponível em:

<[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15112/1/Tese\\_Enf\\_Ninalva%20Santos.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15112/1/Tese_Enf_Ninalva%20Santos.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2015.

\*Pelo termo família entende-se: não apenas relacionamento de sangue, parceria sexual ou adoção. Família é um grupo muito mais amplo, cujos os laços são baseados em sentimentos de confiança, apoio mútuo e destino compartilhado. A atuação do enfermeiro ante a família vivendo com AIDS. Disponível em:

<[http://www.pucgoias.edu.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia\\_04.pdf](http://www.pucgoias.edu.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_04.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2016.

<sup>95</sup> DAVID. 2000, p. 12.

<sup>96</sup> MARX. 2003. p. 09.

distante e impessoal. E talvez esta postura o leve a expor, clara e diretamente ao paciente, as possibilidades e os limites da intervenção através do serviço de saúde e passe a buscar, de forma criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados.<sup>97</sup> Ainda fala Campos:

A tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistêmica e sistemática das necessidades da pessoa ou do grupo em causa, alertando-se para a diversidade de situações com que os enfermeiros se deparam e para a atenção para os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e para todos os outros previstos no Código Deontológico, os quais devem informar a boa prática da enfermagem.<sup>98</sup>

De acordo com o Art. 6º, citado anteriormente, a enfermagem deve respeitar o direito do paciente/cliente. O reconhecimento do paciente como pessoa, com valores fundamentais e determinados, é um avanço no exercício correto e atualizado da enfermagem. Os aspectos que concernem à boa ou à má conduta no exercício de uma profissão têm sido expressos no código deontológico ou código de ética profissional. O começo da autonomia, denominação mais comum pela qual é conhecido o princípio do respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se autogovernem, ou sejam livres, quer nas suas preferências, quer nos seus atos. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida e o respeito à sua intimidade, limitando, dessa forma, a intromissão dos outros indivíduos no mundo da pessoa que esteja em tratamento.

A enfermagem entende a diversidade de religiões e a importância que elas podem ter na vida das pessoas que as professam, as crenças são pessoais e íntimas, e não devem ser misturadas aos preceitos da ciência. Não é eticamente correto induzir a convicção política, filosófica, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções. Assim, se o profissional agrega às suas atividades convicções de ordem privada, como a religião, compromete a qualidade de seu trabalho por mesclar conceitos muito distintos e até antagônicos.

<sup>97</sup> CAMPOS, Luciana de Freitas; FERREIRA, Taysa Sant'Ana. *O conhecimento veiculado em literatura nacional sobre integralidade em saúde*. 2009, Abr. Jun. 14(2):368-73. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/15707/10431>>. Acesso em: 15 de ago. 2015.

<sup>98</sup> SILVA, Ana Isabel. *A arte de enfermeiro*: Escola de enfermagem Dr. Ângelo de Fonseca. Ed. IU-Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2008. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=QCZpW82uQKcC&pg=PA363&dq=a+enfermagem&hl=ptBR&sa=X&ved=0CEQQ6AEwBGoVChMIInamHvr2myAIVgxOQCh1eGLZ#v=onepage&q=a%20enfermagem&f=false>>. Acesso em: 03 out. 2015.

Respeitar o paciente na diversidade de opiniões. Se a população brasileira abriga segmentos que pensam diferente a respeito de religião, tradição, costumes, política e organização familiar, precisa encontrar caminhos para que esta pluralidade cultural não gere conflitos nem comportamentos agressivos. Muito ao contrário, encontre na equipe de assistência à saúde o apoio, amparo, compreensão e incentivo dos quais precisam no seu momento de dor, sensibilidade e vulnerabilidade. Neste sentido Campos descreve:

Pesquisas neste sentido são importantes, diante da possibilidade de contribuírem para a reflexão dos profissionais de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, quanto à necessidade de que o ato de cuidar seja redirecionado para as diversas necessidades afetadas do(a)s pacientes, sejam estas de ordem biológica ou psicológicas e sociais.<sup>99</sup>

Respeitar a posição ideológica. Não cabe à enfermagem dizer se uma ideologia é verdadeira ou não, mas somente “que” (qual) lugar está tendo na organização do comportamento pessoal ou social do indivíduo. Esse é o comportamento ético que deve permear o trabalho da enfermagem. Sobre essa questão Pontes diz:

Um dos objetivos da assistência de enfermagem é levar o paciente a participar dos esquemas terapêuticos. Esta participação depende dos processos de comunicação, a partir dos quais se estabelecem as relações de confiança necessárias para o paciente diminuir o medo, a ansiedade e permitir, à pessoa fragilizada pela doença, lutar por seu restabelecimento com dignidade.<sup>100</sup>

Oliveira em sua pesquisa, diz: evidenciamos que os enfermeiros/as utilizam com maior frequência às técnicas relacionadas ao grupo de expressão – ouvir reflexivamente; uso terapêutico do humor; verbalizar aceitação; usar terapêuticamente o silêncio; fazer perguntas; devolver a pergunta feita; usar frases descritivas; seguidas das técnicas de clarificação – solicitar que esclareça termos comuns; estimular comparação. No que diz respeito às técnicas de validação, estas não foram encontradas nos discursos dos pacientes.<sup>101</sup> Salgado relata no seu trabalho sobre a aceitação do trabalho dos profissionais de saúde:

<sup>99</sup> SANTOS. 2014, p. 23-24.

<sup>100</sup> PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. *Comunicação terapêutica em Enfermagem*: instrumento essencial do cuidado. Ver. brasileira de enfermagem, vol.61 n.º.3 Brasília Mai.Jun. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672008000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672008000300006&script=sci_arttext)>. Acesso em 18 out 2015.

<sup>101</sup> OLIVEIRA, Poliéria Santos de et al. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 01, p. 54 – 63, 2005. Disponível em:< [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista7\\_1/original\\_05.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_1/original_05.htm)>. Acesso em: 18 out. 2015.

A insegurança em abordar a temática com o cliente, que transparece nas entrevistas, indica uma necessidade de treinamento desses profissionais para tratar desse assunto de forma mais clara e segura, diminuindo os riscos de serem interpretados ambigualmente pelos clientes e de forma preconceituosa pelos demais profissionais de saúde.<sup>102</sup>

Apesar de a enfermagem enfrentar problemas tais como, péssimas condições de trabalho, remuneração insuficiente, e principalmente (motivo mais preocupante) a sobrecarga de trabalho, ainda encontra força e disposição, ela busca executar a assistência de maneira eficiente e eficaz.

Murofuse et al., em sua pesquisa bibliográfica para diferenciar Estresse e Burnout (estresse profissional) e sua relação com o trabalho da enfermagem, e compreender seu sofrimento psíquico no trabalho, revela:

Podemos reconhecer como contribuição o fato de que, com as nomeações de um sofrimento vivido pelos trabalhadores, surgem possibilidades para lidar com os sentimentos e, a partir de um melhor entendimento, enfrentá-lo, sabendo dos seus limites e das suas possibilidades.<sup>103</sup>

Segundo Zago, em seu trabalho sobre os pacientes com câncer (que assim como a AIDS, é uma doença grave) os profissionais de saúde estão cada vez mais atentos à necessidade de levar em conta a religiosidade dos sobreviventes de câncer quando planejam e executam a atenção à saúde, para manter uma relação de confiança e de respeito com esses pacientes. A espiritualidade é uma construção da personalidade de cada ser humano - uma expressão da sua identidade e propósito, à luz da sua história, experiência e aspiração. É por isso que a religião produz alívio ao sofrimento, na medida em que permite mudança na perspectiva subjetiva pela qual o paciente e a comunidade percebem o contexto da doença grave.<sup>104</sup>

Entende-se que sendo a enfermagem uma profissão que já em sua formação se preocupa e prioriza o cuidado com todas as suas características, fica a religiosidade do

<sup>102</sup> SALGADO, Ana Paula Alves; ROCHA, Ruth Mylius; CONTI, Claudio de Carvalho. *O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas*. Rev Enf UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr. jun. 15(2):223-8. p. 227. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a11.pdf>>. Acesso em: 18 out 2015.

<sup>103</sup> MUROFUSE NT, ABRANCHES SS, NAPOLEÃO AA. *Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem*. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2005 mar. Abr.; 13(2): p. 61. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a19.pdf>>. Disponível em: <<http://www.rlae.eerp.usp.br/>>. Acesso em: 18 out 2015.

<sup>104</sup> ZAGO, Márcia Maria Fontão; AQUINO, Verônica Vrbán. *O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação*. Revista Latino-americana de Enfermagem, Jan. fev.; 15(1), 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 18 out..2015.

paciente como elemento importante e que deverá ser respeitada e compreendida na assistência de enfermagem.



#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A opção pela pesquisa qualitativa foi por compreender-se que o indivíduo não pode ser mensurável, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis. Considerando que seria muito difícil pormenorizar em números valores religiosos e quantitativos entre fé e crença.

Diante das dificuldades de se atribuir gráficos estatísticos, notas e valores à pesquisa qualitativa, há uma grande polêmica. Porém como estimar fé ao grau de religiosidade das pessoas? Como colocar em números a leitura dos sentimentos do indivíduo? Minayo afirma que:

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.<sup>105</sup>

Achei imprescindível buscar e entender um pouco da história dos pacientes para melhor complementação de todas as questões que envolvem o contexto da pesquisa, para um melhor entendimento sobre os sentimentos e o que eles podem provocar dentro do ser humano.

Os pacientes ao serem entrevistados, proferiram seus testemunhos, e particularidades de suas vidas, com abertura e riqueza de detalhes de como a fé os ajudou na adesão ao tratamento e a superar os momentos de maiores sofrimentos e o desconforto causado pelos efeitos colaterais dos antirretrovirais na iniciação das dosagens dos coquetéis, para a diminuição da carga viral da doença, e como ainda hoje essa religiosidade faz parte do dia a dia de seus tratamentos. Segundo Paulilo:

A história de vida pode ser considerada instrumento privilegiado para análise e interpretação, na medida em que incorpora experiências subjetivas mescladas a contextos sociais. Ela fornece, portanto, base consistente para o entendimento do componente histórico dos fenômenos individuais, assim como para a compreensão do componente individual dos fenômenos históricos.<sup>106</sup>

Para que a entrevista auferisse maior objetividade e legitimidade, o questionário de perguntas foi referente ao enfrentamento com foco na condição do tratamento de cada

<sup>105</sup> MINAYO e SANCHES, 1993.

<sup>106</sup> PAULILO. *A pesquisa qualitativa e a história de vida*. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v2n1\\_pesquisa.v.02-nº 01, Jul. Dez. 1999 htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v2n1_pesquisa.v.02-nº 01, Jul. Dez. 1999 htm)>. Acesso em: 18 out. 2015.

paciente soropositivos, à sua melhora e aceitação, diante de sua religiosidade. O sigilo profissional foi o diferencial entre a cumplicidade dos pacientes e a do profissional entrevistador, onde ficou claro o trabalho com decência, respeito e confiabilidade. Ferreira e Amado afirmam que:

O entrevistador deve, antes de mais nada, saber guardar silêncio, aprender a ouvir [...]. Deve adaptar-se à psicologia da testemunha, respeitá-la, estar disposto a tomar pacientemente a conversa, suscitar a recordação através de um questionamento discreto se a testemunha for pouco loquaz, orientá-la sem precipitação, não a impedindo de perder-se em digressões, caso ela o seja em demasia, repetir em voz alta suas palavras se estas não forem claramente audíveis, procurar não falar ao mesmo tempo que ela, não insistir quando evita uma recordação dolorosa, não se precipitar em perguntar de novo porque as recordações precisam de um tempo para vir à tona.<sup>107</sup>

No questionário cada entrevistado respondeu com suas palavras e se expressou com a melhor desenvoltura possível, como ele encara e convive com a doença frente a sua religiosidade e sua fé. Todas as perguntas foram diretamente arroladas às conversações do tema proposto, em um ambiente de descontração e tranquilidade e principalmente privacidade dos pacientes, que no caso do soropositivo é o seu maior problema. Religião e o enfrentamento dos pacientes soropositivos com a AIDS/HIV.

Muito se tem discutido sobre como a doença é aceita pelo indivíduo, e de como a religião pode influenciar no seu prognóstico. Na assistência de enfermagem ao paciente soropositivo e com AIDS, depara-se com inúmeros aspectos relacionados ao comportamento do mesmo. E entre eles o que é mais preocupante é a desistência do tratamento/terapia. E através das atitudes dos pacientes, pode-se dizer que a religião mais coopera do que dificulta, tanto no tratamento quanto para a assistência de enfermagem. Como já foi dito, o que se pretende aqui é realizar uma análise das falas sem contabilizar estatisticamente, e sim compreender as razões e motivos pelos quais buscam a religiosidade e também conhecer o relacionamento entre a enfermagem/paciente.

Nas respostas da pergunta nº 01, foram relatados, na maioria, que são religiosos, e alguns especificaram a qual a religião pertenciam e outros dissertaram sobre o seu comportamento religioso.

\_\_\_\_\_ “*Sim, sou Batista*”. (Paciente 08)

\_\_\_\_\_ “*Sim. Católico*”. (Paciente 03)

<sup>107</sup> FERREIRA e AMADO. 2002, p. 234.

\_\_\_\_ *“Agora sim, antes não. Conheci Jesus no Brasil”*. (paciente 09, natural da Bolívia, há 3 anos está no Brasil)

\_\_\_\_ *“Não sigo, mas sou católico”*. (Paciente 04)

Nessa pergunta desejei saber se o paciente tinha religião ou era religioso no intuito de fazer uma correlação entre religião e bem-estar, analisar a diferença entre ter/ser religião/religiosidade, mas todos os entrevistados proferiram crença no divino, impossibilitando essa análise. Porém a pude fazer em relação ao equilíbrio de sua saúde porque todos estavam estabilizados física e psicologicamente pelo apoio da sua fé.

Convencer a alguém a falar sobre sua vida, ainda mais de um problema tão delicado e cheio de estigmas e preconceito é muito difícil e complicado. Instigar um grupo de pessoas a contarem as suas vivências quanto ao HIV/AIDS, foi realmente uma experiência única e um aprendizado gratificante.

Os pacientes ficaram surpresos quando foi anunciado que na entrevista, a narração, não seguiria nenhum roteiro pronto, que não ficariam presos as perguntas fechadas, que poderiam estar à vontade para relatar livremente, que as perguntas eram do tipo rápidas e curtas, sem muitos detalhes, mas somente para direcioná-los sobre o que se pretendia.

No início da entrevista a vergonha e a timidez os impediram de se soltar, e de começarem as suas falas. A sequência demorou um pouco para se encaixar, eram respostas soltas e sem concordância. *“Pra mim foi normal, eu era doida e também eu estava muito doente, e se eu era pra escolher entre leucemia, eu preferia o HIV”*. (Paciente 10). Essa resposta foi referente a notícia do diagnóstico de AIDS, em seu relato a paciente disse que estava muito doente e queria viver, não se preocupou se era portadora e carregaria o vírus no seu corpo, escolhia viver. Hoje essa pessoa é comprometida com trabalho social em auxílio aos portadores de HIV/AIDS.

Mas durante os questionamentos os discursos foram tomando forma e se chegou a um consenso do que seria o foco central das narrações. E dessa maneira aconteceu em todas as entrevistas. E o resultado foram relatos fidedignos de acordo com a minha expectativa para alcançar o objetivo de compreender melhor o paciente.

\_\_\_\_ *“Pra mim naquele momento tinha acabado tudo. Mas, com o apoio da minha esposa e familiares e amigos, aos poucos fui vendo que tinha começado uma nova vida!”* (Paciente 02). Esse paciente relata que a contaminação veio proporcionar-lhe um freio, porque sua vida estava completamente desregada, e nesse momento recebeu apoio inesperado da sua esposa e familiares e passou a reconhecer o valor de seus familiares os quais ele havia esquecido.

Interessante como complexos são os sentimentos e atitudes do ser humano e de como ele resolve suas questões psicológicas surpreendentemente em diferentes processos de cura do seu interior, seja nesse caso, com a ajuda de uma vida religiosa, ou seja procurando forças de vida de dentro de si próprio.

Nas respostas da pergunta nº 02, em relação aos sentimentos dos pacientes no momento do diagnóstico de soropositivo, o “medo”, principalmente o medo de morrer, foi a resposta mais descrita.

\_\_\_\_ *“Senti muito medo de morrer”*. (Paciente 02). O medo da morte paira na mente de todo ser humano, acredito que seja o nosso maior temor. Mas felizmente atualmente com o tratamento dos antirretrovirais houve muita melhora para a qualidade de vida dos portadores de HIV/AIDS.

\_\_\_\_ *“Raiva, ódio... do cara. Estava com ele há nove anos, para ele estragar a minha vida! Mas tem horas que tenho pena dele, porque acho que ele não sabe!”* (Paciente 05). Essa paciente fugiu de quem naquele momento era seu algoz, mas tortura-se por ter fugido sem conversar e explicar e pensa que ele não sabe até hoje desconhece o porquê de ela ter ido embora, acha que ele desconhece a doença e arrepende-se de ter deixado pra traz um bom relacionamento com o parceiro por raiva e revolta. Vejo aqui uma situação que poderia ter tido outro desfecho com um acompanhamento e apoio tanto da família, quanto dos profissionais de saúde.

\_\_\_\_ *“Fiquei desesperada tentei suicídio”*. (Paciente 07). Essa é a segunda questão mais preocupante para os profissionais de saúde e para as famílias, ficando atrás somente do temor de morte do paciente. É necessário todo apoio ao paciente e sua família nesse período do diagnóstico.

\_\_\_\_ *“É difícil sô. Ali parece que o mundo acabou ali. Até hoje eu sinto... muita gente ignorante...é difícil. Lidar com a doença é mais fácil do que com o preconceito!”* (Paciente 04). Este paciente se refere à ignorância de conhecimento sobre a doença das pessoas próximas a ele que com atitudes de preconceito levam ao sofrimento do paciente/portador. Decepcionantemente ainda na atualidade pouco se modificou em relação ao preconceito sobre os portadores de HIV/AIDS.

\_\_\_\_ *“Primeiro não acredite. Depois sofri pelos meus pais”*. (Paciente 01)

Nesse aspecto, pode-se perceber que os sujeitos, foram surpreendidos por uma notícia e não estavam preparados por mais corretamente que possa ter sido o aconselhamento pré-teste. O sofrimento do temor e medo de morrer e de como seria sua vida a partir de então. Foram sentimentos, de dor, de conflito em seu interior.

Nas respostas da pergunta de nº 03, houve uma igualdade entre se sentir revoltado e não se sentir revoltado. Houveram alguns relatos de que se sentem revoltados somente às vezes, outros relataram que já se conformaram.

\_\_\_\_ *“Não. Revoltado não, mas excluído.”* (Paciente 01). O paciente explicou que a exclusão é de si mesmo, parte dele mesmo a percepção de exclusão, ele enxerga isso do outro, e que os relacionamentos são muito difíceis de acontecer quando se quando se é portador do vírus. Nota que o preconceito faz isso com os portadores, ele próprio acaba se excluindo do meio em que vivem por se sentirem discriminados e como se viu na pesquisa, muitos acabam por encontrar no meio religioso o aconchego e acolhimento que precisam.

\_\_\_\_ *“Sim, quando vejo as dificuldades de se tratar e o descaso de alguns órgãos públicos.”* (Paciente 02). Apesar da saúde pública brasileira ser a responsável pelo tratamento e acompanhamento do paciente HIV/AIDS, ainda há algumas insatisfações e algumas deficiências em relação ao acompanhamento ao paciente soropositivo.

\_\_\_\_ *“Fico. A revolta é o seguinte; em você querer fazer uma coisa e não pode!”* (Paciente 04). Nesse relato ele se refere principalmente a dificuldade de trabalho, por não mais poder realizar certos trabalhos (principalmente trabalho braçal), porque há uma debilidade da imunidade do paciente modo geral em algum momento de sua vida.

Entende-se que a presença do profissional de saúde em dados momentos traz travamento ao paciente, dependendo do debate envolvido. De qualquer forma, obteve-se êxito e possibilidades de colher informações sobre as histórias de vida destes portadores de HIV/AIDS e suas relações com a religiosidade.

Finalmente, em cada entrevista que começava tensa, rapidamente conseguiu-se que o paciente criasse situações confortáveis ao desenvolvimento das discussões, gerando troca de saberes, troca de experiências para com a doença, a autoestima e maior que tudo a cumplicidade para o enfrentamento das dificuldades e os traumas da enfermidade e relatarem suas experiências, bênçãos, protestos, insubordinações e até revoltas religiosas.

Quanto a pergunta nº 4, se acreditam que a doença seja um castigo divino:

\_\_\_\_ *“Não, e sim uma provação por erros no passado”.* (Paciente 02)

\_\_\_\_ *“Não. A culpa é do próprio ser humano, pois só descobri porque fiz exames para diabetes”.* (Paciente 03)

\_\_\_\_ *“Acredito que sim”.* (Paciente 08)

\_\_\_\_ *“Acredito, peço a Deus que me cure”.* (Paciente 05)

A maioria respondeu com monossílabos (sim ou não), sendo que a maior parte respondeu que não sente que a sua doença seja castigo divino. Deduz-se então que os

pacientes são conscientizados pela equipe de saúde, de que a responsabilidade é dele próprio e que o cuidado e prevenção da doença seria de sua responsabilidade em se cuidar, se prevenir.

Em relação à pergunta nº 05, se a religiosidade ameniza suas dores, a maioria respondeu que sim. Alguns responderam que mesmo não sendo uma crença própria, acredita que para o outro seja positivo.

\_\_\_\_ *“Pra mim sim, para a doença não, porque não sinto doença, não tomo remédio”*. (Paciente 09). Nessa descrição o portador não teve ainda nenhum sintoma de doença (AIDS), como não teve essa experiência, apenas é portador, nem toma os antirretrovirais por ter a sua carga viral baixa, tem somente sentimentos pelas dificuldades de relacionamentos, pois estes agora são mais complicados e precisam ser conscientes em relação à prevenção para não contaminar alguém.

\_\_\_\_ *“Mais ou menos, porque a dor física demora muito a passar.”* (Paciente 03). Esse relato já se refere à doença física que precisa de tratamento medicamentoso e nem sempre a recuperação é imediata.

\_\_\_\_ *“Sim, em todas as situações Deus pode nos ajudar e nos cura.”* (Paciente 02). Vejo aqui que há uma expectativa de melhora pela recuperação física e psicológica e esperança de cura da doença.

\_\_\_\_ *“Sim. Ele nos dá esperança. Mesmo que não dê cura, mas ter um lugar de novo!”* (Paciente 01). Nessa fala fica claro o desejo de ter um lugar de apoio, de amparo, mesmo que ele continue sendo portador do vírus, ele deseja ter o seu lugar ao sol como todos têm direito.

\_\_\_\_ *“Que ajuda, ajuda sim”*. (Paciente 04). Entendo nessa frase curta, como se ele dissesse: ajuda e ponto, e não precisasse dizer mais nada, porque tem fé nisso.

O relato do conforto de Deus na vida do paciente remete ao suprimento da necessidade do auxílio, do socorro. O ser humano necessita de se sentir em terra firme, necessita sentir que tem uma base, uma coluna forte em sua vida, por isso buscar o amparo do sagrado o conforta.

Um dos relatos que chamou a atenção foi que a religiosidade ajuda porque “traz esperança”. E na verdade, a esperança é um sentimento que todo ser humano necessita para seguir a diante, não importa se na doença ou na saúde, mas o entrevistado disse isso por causa do misto de sentimentos e questões da sua atual vivência.

Na pergunta nº 06, se a espera e a busca pela cura faz parte de seus aspirações, pretensões, vontades, sentimentos e crenças. Apenas os pacientes (01) e (10), responderam que não buscam a cura, mas creem. O paciente (10), respondeu que:

\_\_\_ *“Não, buscar não, mas se for da vontade de Deus sim, só não fico buscando.”* Então, entende-se que ele acredita na cura pela vontade divina. O paciente (01): *“Não. Não busco, mas creio que Ele pode fazer, se Ele fizer que bom!”*

O paciente (11): \_\_\_ *“Acredito na cura divina, mas espero na cura pelos remédios.”* Ou seja, apesar da sua religiosidade e de acreditar que Deus ameniza seu sofrimento, ele relata colocar a sua fé/esperança na cura pela ciência. Mas a maioria respondeu afirmativamente em coerência com a sua religiosidade.

\_\_\_ *“Sim, Deus pode tudo!”* (Paciente 03)

\_\_\_ *“Sim, mas acho que no meu caso ele permitiu para que eu mudasse minha maneira de viver.”* (Paciente 02). Ou seja, ele acredita que Deus quer o melhor pra ele e o está direcionando para uma vida melhor, uma vida com menos riscos.

Na pergunta nº 07, se a religiosidade contribui para a sua recuperação. Não obteve-se “não”, todas foram afirmativas, e foram interessantes os motivos variados que foram relatados.

\_\_\_ *“Não sofro fisicamente, nem psicologicamente em ser portador, só que tenho consciência que transmito.”* (Paciente 09). Percebi nas conversas o paciente que quando ele é acompanhado pelos profissionais de saúde e tem uma religiosidade ele tem preocupação e mais cuidado com o parceiro/a em relação a transmissibilidade.

\_\_\_ *“Sim, porque me conforta e alivia a dor”.* (Paciente 02). Percebi que a maioria dos portadores deseja ser apoiado, auxiliado, acolhido, a carência psicológica é a mais desejosa de ser sanada.

\_\_\_ *“Sim, porque eu rezo muito, graças a Deus, e Ele com certeza me ouve.”* (Paciente 03).

\_\_\_ *“Ajuda, porque eu já tinha desistido.”* (Paciente 08)

\_\_\_ *“Ajuda. Acredito que um dia vou ficar curada.”* (Paciente 05)

\_\_\_ *“Sim. Quanto ao equilíbrio no tratamento baseado na esperança.”* (Paciente 01)

\_\_\_ *“Ah sim, sem Jesus não dá!”* (Paciente 10)

\_\_\_ *“Sim, porque acredito que Deus me dá forças para continuar.”* (Paciente 12)

Pode-se concluir então aqui, que a religiosidade é de supra importância para a vida de cuidado com a saúde física e psicológica do paciente e que a equipe de enfermagem deve incentivar e até estimular a prática da religiosidade dos pacientes e seus familiares. Acredito de acordo com esses relatos que a entrega à fé, à esperança de ser ouvido ajuda no equilíbrio psicológico do paciente e o fortalece no enfrentamento da doença.

Quanto à pergunta de nº 08, sobre como a equipe de enfermagem contribui para o tratamento e como se sentiam sobre o cuidado. Todos responderam positivamente.

Obtiveram-se relatos de ajuda, cooperação e apoio. Os sentimentos contrários sobre os profissionais não foram externados.

\_\_\_\_ *“A equipe é boa, as meninas são ótimas, estão sempre dispostas ao um bom atendimento, elas têm um contato mesmo, humanizado com os pacientes”.* (Paciente 10)

\_\_\_\_ *“Sim. Elas são uns amores. O contato, ou vínculo que eu criei com a equipe me ajuda a ultrapassar a barreira da vergonha.”* (Paciente 01). Como na composição da equipe de saúde, somente dois são médicos e que só têm contato com os pacientes nas consultas que são realizadas periodicamente, seus maiores contatos são com as outras profissionais da equipe, os pacientes se referiram mais à elas.

\_\_\_\_ *“Sim. Eles dizem todo dia que estou melhor que ontem e que eu vou ficar melhor ainda amanhã.”* (Paciente 11). Fica claro aqui que o apoio e o incentivo dos profissionais de saúde são de grande importância para a recuperação do paciente.

\_\_\_\_ *“Lá as meninas são é bacanas! O médico que não tô acertando! Sinto que ele não liga pro meu problema...”* (Paciente 04). Nesse relato há uma insatisfação em relação ao atendimento médico, o paciente pode não ter se sentido acolhido pelo profissional de Saúde e se sentiu descuidado. Como foi descrito no texto sobre a distância que algumas vezes o médico tem do paciente atrapalha e pode causar uma descontinuidade do tratamento.

\_\_\_\_ *“Ah... o médico é maravilhoso, as meninas são muito boas, elas explicam muito direitinho!”* (Paciente 08). Já aqui houve receptividade que pode ter sido por parte do cliente ou do médico. Porque isso depende da afinidade de um ou do outro, ou dos dois ao mesmo tempo.

\_\_\_\_ *“Ih... fui sempre muito bem tratado.”* (Paciente 05). Nesse relato vejo que o paciente encontra-se receptivo e feliz.

Nota-se que os sentimentos de apoio e atenção são os mais relatados pelos pacientes. Por ser na doença que o indivíduo se sinta mais vulnerável, desprotegido, desamparado, ele sente necessidade de atenção e diante do cuidado da enfermagem se sente acolhido. Apesar da ansiedade, apreensão e medo do desconhecido, de como será sua vida daí em diante e de como será seu acolhimento e tratamento no centro de referência de *DST/AIDS*.

A importância da enfermagem aparece aqui, quando algumas alternativas são sugeridas e informações são trocadas com o objetivo de se alcançar uma meta, que deve ser a que satisfaça ambas as partes, propiciando o crescimento e desenvolvimento da família como um

todo. A partir de experiências vividas é que se fortalecem as relações familiares favorecendo ainda mais o crescimento e desenvolvimento da unidade familiar.<sup>108</sup>

“Quando o indivíduo está doente, ele e sua família podem encontrar-se mais fragilizados e, portanto, geralmente, mais receptivos à atenção oferecida pelo profissional”.<sup>109</sup> E a enfermagem aprende desde a sua formação a lidar com essa fragilidade do paciente e de sua família e a dar o suporte necessário para que ambos consigam alcançar equilíbrio, e essa receptividade é auxiliada na abordagem e colaboração do paciente e sua família.

Notou-se que a enfermagem despe-se de seus conceitos próprios de religião, de preconceitos e discriminações e veste-se de profissionalismo para exercer o cuidado auxiliando o paciente e sua família do apoio e incentivo necessário às suas vidas religiosas, exclusivamente no intuito de ajudar na melhoria da qualidade de vida do seu paciente.



---

<sup>108</sup> DAVID. 2000, p. 105.

<sup>109</sup> BATISTA, 2010, p. 55.

## CONCLUSÃO

Não se pretende aqui ressaltar que as formulações compreendidas nas entrevistas da vivência dos pacientes levam à verdade absoluta, mas sim, considerando as narrativas expressadas pelos indivíduos envolvidos, considerando cada um em suas singulares realidades. Respeitando seus questionamentos e suas indagações, buscadas, por eles próprios em seu interior, e a despeito de sua real narrativa de vida. E que, enquanto profissional de enfermagem pode-se trocar ideias, aprender e compreender melhor o indivíduo o qual a equipe trabalha para poder ajuda-lo em seu tratamento.

Este trabalho teve o propósito de procurar identificar as características da religiosidade e se a crença religiosa poderia estar presente nos pacientes com HIV/AIDS. Situar qual é a influência e o apoio da religiosidade na condução da doença por parte do paciente soropositivo, tanto do ponto de vista positivo, quanto do negativo. E após a análise dos questionários e nas conversas dos pacientes, pode-se dizer que a sua prática de religiosidade o ajuda na compreensão, recuperação da saúde física e mental e na adesão ao tratamento.

Nesta pesquisa ficou claramente revelado e registrado a importância e a influência positiva da religiosidade na vida e na recuperação do paciente soropositivo. Do seu estado de tranquilidade e de quietação. É evidente que nem todos compartilham dos mesmos sentimentos, havendo uma relação entre do paciente que não é religioso com o sentimento de revolta por ser portador do vírus/estar doente.

Embora as manifestações dos autores nem sempre sejam concordantes, e nem sempre a influência religiosa foi positiva na história, compreende-se nesse trabalho nitidamente a importância do sentimento de esperança na conquista de uma condição de bem estar espiritual, com uma forte influência no estado fisiológico.

Apesar de a ciência nos dias de hoje se ver na onipotência diante das doenças incuráveis e a busca pelo sagrado e pela cura que tem-se propagado na população. Percebe-se ainda a resistência entre o binômio religião e ciência (saúde), imperante ainda nos dias de hoje, com intensa rivalidade entre as duas.

Neste estudo a construção e relação biopsicossocial e espiritual do ser humano e sua relação com Deus aparecem como aspectos considerados importantes na busca e manutenção de equilíbrio e de saúde. O entendimento de saúde está integrado com a compreensão de ser humano sob enfoque religioso, numa perspectiva holística.

Entendeu-se que a religiosidade é muito importante na vida dos pacientes e de sua família, que ela realmente ajuda e colabora para a recuperação, melhora e equilíbrio do

indivíduo portador do HIV/AIDS. Que a crença traz esperança de uma infinidade de quereres, como, se curar, ser aceito, viver bem, aumenta a autoestima. Enfim, ela é importante na vida de muitas pessoas. E que a enfermagem e a equipe de saúde deve entender essa importância e perceber o efeito que ela causa no paciente para compreender seu funcionamento para em consequência ajudar os pacientes nessa empreitada.

Quanto à culpabilização no divino pela doença, nessa pesquisa de campo, caiu por terra essa afirmação, porque o paciente colocou a responsabilidade sobre as suas ações, quando negligenciou o cuidado de prevenção, tendo relação/ões sexual sem proteção.

Quanto à atuação do enfermeiro na assistência ao cuidado, concluí que é de grande relevância para a recuperação do paciente, e que a atuação da equipe de saúde agindo com comprometimento, profissionalismo, respeito e dignidade, estimula a prevenção de atos e condutas do indivíduo, família e comunidade, garantindo a vivência de populações mais saudáveis.

Percebi que a nódoa (mancha, marca) não saiu. Mesmo após muitos anos da descoberta da AIDS, e apesar do tratamento está mais eficaz a cada dia, ainda prevalece o estigma e a discriminação ao portador de HIV/AIDS. É preciso então, otimizar mais as redes de apoio, tanto quando se referem aos serviços de saúde disponibilizados por meio da equipe e serviços, suporte psicológico para os portadores, para os familiares e amigos que convivem com eles. E também estendendo o trabalho para a sociedade, para a coletividade, para que estejam atentos, informados e conscientizados de que o HIV/AIDS é um problema de saúde pública e que hoje não acomete mais um público restrito como foi na descoberta da doença.

Para que esse conhecimento possa causar uma mudança significativa na sociedade levando a uma diminuição gradativa dos preconceitos, discriminações e estigmas, objetivando essencialmente a compreensão da importância da prevenção e para o mais perfeito enfrentamento à doença e seu tratamento para a obtenção da melhor resposta e equilíbrio do paciente, será necessário responder de forma mais efetiva às demandas e necessidades das pessoas que buscam o serviço de saúde. Com atendimento humanizado e holístico (e essa prática de viver, pode despertar para uma nova compreensão de solidariedade, paz e amor entre os homens), e um maior incremento do trabalho preventivo entre os indivíduos soronegativos, objetivando a melhoria de resultados na prevenção do HIV/AIDS. Incluindo novos hábitos na população, sendo um grande desafio, e cabe aos profissionais de saúde elaborar ações destinadas a promoção da saúde, elaborando formas novas de abordagem para levar o conhecimento a respeito da doença, sua forma de transmissão e prevenção, entre outros.

Também é de grande relevância a realização de capacitações de profissionais de saúde para que possam desenvolver ações destinadas à assistência aos portadores de HIV/AIDS, e para isso é preciso que haja mais busca de conhecimento do assunto pelo próprio profissional e também que exista empenho e vontade dos gestores em tornar isso viável e possível.

Este estudo não tem a pretensão de esgotar o assunto, não idealizou-se ter chegado a uma resposta definitiva para o esse problema, ao contrário, finalizá-lo é dar abertura para que mais estudos e reflexões venham contribuir para a compreensão da vivência de pessoas com sorologia positiva para HIV/AIDS.

A entrevista com os pacientes, muito contribuiu para esse estudo, pois ao contarem sua história, ao externarem seus sentimentos e anseios, descobriu-se uma infinidade de poderes que nos faculta trabalhar para ajudar na elaboração de projetos para a melhoria do serviço de Saúde e muito mais que isso, poderes de causar mudança interior no ser humano, conhecendo o sofrimento do outro que é causado pelo seu semelhante.

Minha pretensão é justamente aumentar o conhecimento acerca do fenômeno proposto, investigar para a aquisição de mais conhecimentos acerca das variadas questões que envolvem o assunto HIV/AIDS, e sobretudo oferecer subsídios para que novas pesquisas sejam realizadas. Pode ser que esse desejo seja ambicioso demais, mas que se almeje uma sociedade livre de preconceitos e discriminações de qualquer natureza e que todo paciente soropositivo seja tratado com dignidade, que tenha uma assistência adequada e de excelência.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. *A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oAlmeida.pdf>>. Acesso em 14 jul. 2014.

AMARANTE et al. *A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente*. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., 2010;31(3). Disponível em:<<http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/2.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2014.

AMMICHT-QUINN, Regina. *O “bichinho do amor” - A integração do Brasil com os portadores de HIV*. Concilium: Revista internacional de Teologia. Rio de Janeiro: Vozes. nº 321, 2007.

ARAÚJO, Maria Alix Leite et al. *Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a10v61n5.pdf>>. Acesso em 18 out. 2015.

BARBARÁ, Andréa; SACHETTI, Virginia A. Reis; CREPALDI Maria Aparecida. *Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS*. Interação. Curitiba-PR, jul. dez. 2005. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewFile/4783/3670>>. Acesso em 10 out. 2015.

BARBOSA, Kaliane da Silva; RAMALHO, Maria Noalda. *A influência do diagnóstico positivo na vida das mulheres contaminadas pelo HIV/AIDS*. III jornada internacional de políticas públicas questão social e desenvolvimento no século XXI. M.S. série manuais nº 85. São Luís-MA, 2009.

BATISTA, Patrícia Serpa de Souza. *A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica*. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.49-55, Set., 2010. Disponível em:

<<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/667/1315>>. Acesso em 22 out. 2015.

BRAGA, Osvaldo. *Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais*. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2007. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/noticia/os-primeiros-casos-de-aids-no-brasil-surgiram-em-1980-ninguem-sabia-direito-que-doenca-era-a>>. Acesso em 20 out. 2015.

BRASIL, *Manual de Adesão ao Tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manual técnicos, série n. 84. Brasília-DF, 2008.

BRASIL, *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis DST*. Ministério da Saúde. séries manuais, n. 68, 4 ed. Brasília, 2006.

BRASIL. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. 2 ed. Brasília, 1998.

BRASIL. *Cadernos de atenção básica nº 18. HIV/aids, Hepatites e Outras DST*. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. *Guia de vigilância epidemiológica*. Ministério da Saúde. Série A. Normas e manuais técnicos, 6 ed. Brasília-DF, 2007.

BRASIL. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: 130 p. il. Série A. Normas e Manuais Técnicos-Série Manuais; nº 84. 2008.

BRASIL. PAIVA, V.; GARCIA, J.; RIOS, L. F.; SANTOS, A. O.; TERTO JR., V.; MUÑOZ-LABOY, M. Comunidades religiosas e a prevenção do HIV dentro de um marco de direitos humanos. *Global Public Health*, Inglaterra, n. 7, abr. 2010.

BRASIL. *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis*. Manual de bolso. Ministério da Saúde. Brasília - DF 2007.

BRASIL. *Secretaria de gestão estratégica e participativa*. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. *Vigilância em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: (Coleção Progestores - para entender a gestão do SUS, 6, I). CONASS, 2007.

BRASIL.Ministério da Justiça. Disponível em:<<http://www.jusbrasil.com.br/tópicos/10619917/artigo-154-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>>. Acesso em 15 abr. 2015.

BRUCE, B. Duncan; SCHMITD, Maria Inês; GIUGLIANANI, Elisa R. J. e colaboradores. *Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências*. 3 ed. Porto Alegre, 2006.

CAMPOS, Luciana de Freitas; FERREIRA, Taysa Sant'Ana. *O conhecimento veiculado em literatura nacional sobre integralidade em saúde*. 2009, Abr. Jun. 14(2):368-73. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/15707/10431>>. Acesso em 15 ago. 2015.

CARDOSO, Gisele P.; ARRUDA, Ângela. *As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica*. Ciênc. saúde colet. 2004;10[1]:151-62. ABRASCO-Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a16v10n1>>. Acesso em 15 ago. 2014.

CARNEIRO, H. F. *AIDS: a nova desrazão da humanidade*. São Paulo: Escuta, 151p. 2000.

CAVALCANTI, Desiree R. *Comunicação do diagnóstico de doença grave (câncer) ao paciente...* Pan-American Family Medicine Clinics. v. 01, 2005. Disponível em: <[http://www.apamefa.com/publicacoes/vol012005/vol012005\\_Comunicacao\\_diagnostico.pdf](http://www.apamefa.com/publicacoes/vol012005/vol012005_Comunicacao_diagnostico.pdf)>. Acesso em 22 out.2015.

COMTE, Auguste. *Discurso sobre o espírito positivo*. Tradução: Ermantina, Maria. Pereira, Galvão G. São Paulo: ed. Martins Fontes, 1990.

DASPETT, Celina. *“Um estranho entre nós: a repercussão do Diagnóstico de HIV/AIDS na trajetória de casais Heterossexuais soroconcordantes”*. PUC-São Paulo, 2005. Disponível em:<[http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1786](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1786)>. Acesso: 20 ago. 2014.

DAVID, Genair Lourdes Bogoni de. *Interagindo com famílias que convivem com Aids: uma abordagem de enfermagem sob a visão de Imogene King*. Florianópolis-SC, agosto de 2000, 105p. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/78754/175496.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 16 out. 2015.

DICIONÁRIO AULETE. Disponível em: <<http://www.aulete.com.br/>>. Acesso em 20 jul. 2014.

DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 23 marc. 2016.

DORNELLES, Telma G. S., MOREIRA, Almerinda e MACHADO, Wiliam C.A. *História da enfermagem versões e interpretações*. Rio de Janeiro, 3ª, Revinter, 2009. Disponível em: <[http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencSociais\\_SilvaEV\\_1.pdf](http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencSociais_SilvaEV_1.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

DREWERMANN, Eugen. *Religião para que?* Buscando sentido numa época de ganância e sede de poder. Em diálogo com Jürguen Hoeren. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2004.

DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências*. Artmed, 3 ed. Porto Alegre, 2004.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos - seguido de envelhecer e morrer*. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: ed. Jorge Zahar, 2001.

FARIA, Juliana B de; SEIDL, Eliane M Fleury. *Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Psicologia em Estudo, Maringá, v.11, n.1, p.155-164, jan.abr.2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a18>>. Acesso em 27 set. 2015.

FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína. *Usos e abusos da história oral*. Ed. Fundação Getúlio Vargas, 2 ed. 304 p. Rio de Janeiro-RJ, 1998.

FRAAS, Hans-Jürgen. *A religiosidade humana: compêndio de psicologia da religião*. São Leopoldo: Sinodal, 1997.

GIL, Antônio C. *Como Elaborar Projeto de Pesquisa*. Editora Atlas, São Paulo. 2002.

GOMES, Andréa Rodrigues, BORGES, Marília Arlete Póvoa. *A atuação do enfermeiro ante a família vivendo com aids*. Goiânia-GO, 2003. Disponível em:<[http://www.pucgoias.edu.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia\\_04.pdf](http://www.pucgoias.edu.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_04.pdf)>. Acesso em 16 out. 2015.

GONDIM, Ricardo. *Pra começo de conversa*. São Paulo: Fonte editorial, 2012.

HOCK, Klaus. *Introdução à ciência da religião*. São Paulo: 2010. Disponível em:<<http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/infec/livro7/cap/cap02.htm>>. Acesso em 28 ago. 2015.

INCONTRI, Dora. *Educação e espiritualidade: interfaces e perspectivas*. Bragança Paulista: Comenius, 2010.

LEITE, J.C.C; et al. 2002. *Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral*. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 15:121-133. v.15 n°1. PortoAlegre, 2002. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722002000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722002000100014&script=sci_arttext)>. Acesso em 20 set. 2015.

LEVIN, Jeff. *Deus, fé e saúde*. Tradução Newton Roberval Eichemberg. São Paulo: Cultrix, 2001.

LEVY, Jay A. MD. *Fatores Imunológicos e Virais da Infecção Causada pelo HIV*. Cap.02,[s.d.]. Disponível em:<<http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/infec/livro7/cap/cap02.htm>>. Acesso em 28 ago.2015.

LILIAN, Hennemann-Krause. *Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar*. V.11, n. 02. Cuidados Paliativos.2012. Disponível em:<[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=322](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=322)>. Acesso em: Abr. Jun. 2012.

LOTHAR, Carlos Hoch; HEIMANN, Thomas. *Aconselhamento pastoral e espiritualidade*. São Leopoldo, EST: Sinodal, 2008.

MARCON, Sônia Silva et al. *Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado cotidiano a uma criança com doença crônica*. Cienc. Cuid. Saúde. 2007; 6(Suplem.2):411-419. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5340/3387>>. Acesso em: 22 out. 2015.

MARTINS, Antônio Carlos Borges. *Pessoas vivendo com aids: corpos marcados?* Revista da Faculdade Machado Sobrinho. Rems - seção: artigos. Brasília, 2008 p. 37. Disponível em: <[http://machadosobrinho.com.br/revista\\_online/publicacao/artigos/Artigo04REMS.pdf](http://machadosobrinho.com.br/revista_online/publicacao/artigos/Artigo04REMS.pdf)>. Acesso em 17 out. 2015.

MARX, Lore Cecília. *Manual de gerenciamento de enfermagem*. 2 ed. rev. e atual. São Paulo, EPUB, 2003.

MELCHIOR, Regina et al. *Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil*. Disponível em: <<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/32368-37553-1-PB.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Representações da cura no catolicismo popular*. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 1994.

MONTEIRO, Dulcinéa da M. Ribeiro. *Espiritualidade e finitude*. São Paulo: Paulus, 2006.

MONTERO, Paula. *Da Doença à Desordem: A Magia na Umbanda*. Ed. Graal, Rio de Janeiro. 1985. Disponível em: <[http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca\\_virtual/item\\_765/22\\_03\\_12\\_18Da\\_doenca\\_a\\_desordem%20.pdf](http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca_virtual/item_765/22_03_12_18Da_doenca_a_desordem%20.pdf)>. Acesso em 03 set. 2014.

MORAES, Ferreira, Marieta de; AMADO, Janaína. *Usos e abusos da história oral*. Ed. Fundação Getúlio Vargas, 2 ed. 304p. Rio de Janeiro-RJ, 1998.

MUROFUSE NT, ABRANCHES SS, NAPOLEÃO AA. *Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem*. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2005 mar. Abr.; 13(2):255-61. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a19.pdf>>. Disponível em: <<http://rlae.eerp.usp.br/>>. Acesso em 18 out. 2015.

NOÉ, Sidney Vilmar. *Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

OLIVEIRA, Poliéria Santos de; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Ana Tereza M. C. da; FERREIRA-FILHA, Maria de Oliveira. *Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva*. Ver. Eletr. de Enfer. v. 07, n. 01, 2005. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista7\\_1/original\\_05.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_1/original_05.htm)>. Acesso em 18 de out. 2015

PAIVA, V. ET AL. *Comunidades religiosas e a prevenção do HIV dentro de um marco de direitos humanos*. In *Global Public Health*, Inglaterra, nº7. 2010. Disponível em: <[http://www.abiaids.org.br/\\_img/media/Livreto%20Religi%C3%B5es%20completo.pdf](http://www.abiaids.org.br/_img/media/Livreto%20Religi%C3%B5es%20completo.pdf)>. Acesso em 15 ago. 2014.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. *Escala do coping Religioso-espiritual (ESCALA CRE): Elaboração e Validação de Construto*. Porto Alegre. 2005.

PASSARELLI, Carlos André. *Aspectos políticos, sócio-culturais e clínicos*. Revista qualidade de vida para pessoas vivendo com HIV/AIDS. ABIA, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <[http://www.abiaids.org.br/\\_img/media/anais%20qualidade%20de%20vida.pdf](http://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20qualidade%20de%20vida.pdf)>. Acesso em 18 ago. 2015.

PAULILLO, M.A.S. *Pesquisa qualitativa e a história de vida*. Ser. Soc. Ver. Londrina, v 2, nº. 2, 1999. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/n1v2.pdf> Acesso 16 jan. 2015.

PESSINI, Léo. *A espiritualidade pelas ciências e pela saúde*. Estudo das características relacionadas à falha no retorno para aconselhamento pós-teste e entrega de resultado de HIV no centro de Testagem e Aconselhamento Betinho. São Paulo, 2007.

PHYSIS: *Revista de saúde coletiva*. vol.23 nº3 Rio de Janeiro jul. set. 2013. 2015. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312013000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312013000300003&script=sci_arttext)>. Acesso em 11set. 2015.

PINTO, Padre Raphael Colvara. O fenômeno religioso nos tempos atuais: um Deus incômodo. Agora: o jornal do Sul, Rio Grande do Sul, 10 nov. 2011. Disponível em: <<http://www.jornalagora.com.br/site/content/noticias/detalhe.php?e=5&n=15847>>. Acesso em 28 nov.2015.

POLEJACK, Larissa; COSTA, Liana Fortunato. *Aids e Conjugalidade: o desafio de con(viver)*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/imp32art08.pdf>>. Acesso em 17 out. 2015.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. *Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado*. Revista brasileira de enfermagem. v. 61, n. 3. Brasília, Mai. Jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci_arttext)>. Acesso em 18 set. 2015.

PUTTINI, Rodolfo Franco. *Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil*. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100008&script=sci_arttext)>. Acesso em 11 set. 2015.

QUINTANA Alberto M. Recensão do livro: *A ciência da benzedura: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise*. Disponível em: <[http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos\\_teologicos/article/viewFile/730/665.199](http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos_teologicos/article/viewFile/730/665.199)>. Acesso em 11 set. 2015.

ROSEMARY, Silva da Silveira, et al. *Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI*. Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a15v14nspe.pdf>. Acesso em 18 out. 2015.

SALGADO, Ana Paula Alves; ROCHA, Ruth Mylius; CONTI, Claudio de Carvalho. *O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas*. Ver. Enf. UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr. jun. 15(2):223-8. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a11.pdf>>. Acesso em 18 out. 2015.

SAMPAIO, Tânea Mara Viera. *Aids e Religião: aproximações ao tema: binômio desafiado pela epidemia do HIV/AIDS*. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/impulso32.pdf>>. Acesso em 26 jun. 2014.

SANCHEZ, Zila van der Meer. *As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas*. São Paulo, 2006.

SANTOS, Elder Cerqueira; KOLLER, Sílvia Helena; PEREIRA, Maria Teresa L. Nobre. *Religião, Saúde e Cura: um Estudo entre Neopentecostais*. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000300011&script=sci_arttext)>.

Acesso em 07 jun. 2013.

SANTOS, Franklin Santana. *Arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação*. Edições Loyola Bragança Paulista: Comenius, São Paulo, 1998.

SANTOS, Ninalva de Andrade. *Representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/aids sobre aids, HIV e cuidado de enfermagem*. Salvador, 2014. 247 f.. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06.pdf)>. Acesso em 12 set. 2015.

SAVIOLI, Roque Marcos. *Fronteiras da ciência e da fé*. São Paulo: Editora Gaia, 2006.

SILVA, Ana Isabel. *A arte de enfermeiro: Escola de enfermagem Dr. Ângelo de Fonseca*. Ed. IU-Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2008. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=QCZpW82uQKcC&pg=PA363&dq=a+enfermagem&hl=ptBR&sa=X&ved=0CEQQ6AEwBGoVChMInamHvr2myAIVgxOQCh1egLZ#v=onepage&q=a%20enfermagem&f=false>>. Acesso em 03 out.2015.

SILVA, Joacir da. *Responsabilidade civil do enfermeiro*. João Pessoa-PB, 2006.

SILVA, Shirley de Souza; AQUINO, Thiago-Antonio; SANTOS, Avellar de; Roberta Montenegro dos. *O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico*. Rev. bras. ter. cogn. v.4 n.2 Rio de Janeiro dez. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180856872008000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872008000200006)>.

Acesso em 22 out. 2015.

TAYLOR et al. *Fundamentos da enfermagem: a arte e a ciência do cuidado em enfermagem*. Artmed, 7<sup>a</sup> ed., 2014, p. 34. Disponível em:<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAFIpsAL/evolucao-historica-assistencia-enfermagem>>.

Acesso em: 14 mar. 2016.

TERRIN, Aldo Natale. *Saúde e Salvação-reflexão fenomenológica sobre a função terapêutica das religiões*. In: TERRIN, Aldo Natale. O Sagrado Off Limits - a experiência religiosas e suas expressões. Tradução Euclides Balancin. São Paulo: Ed. Loyola, 1998.

TORRES, Daniele Viana Maia. *Histórias de vida dos pacientes com aids e em falha terapêutica*. Fortaleza-CE, 2010, 173 p. Disponível em: <[http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/daniele\\_viana\\_maia\\_torres.pdf](http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/daniele_viana_maia_torres.pdf)>. Acesso em 15 ago. 2015.

TRIVIÑOS, A. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Paulus, 2005.

VALCANTI et al. *Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico*. Rev. Esc. Enfer. USP. 2012; 46(4):838-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/re USP/v46n4/08.pdf>>. Acesso em 25 set. 2015.

VALENTE, Neide Maria de Lourdes de Moraes; BACHION, Maria Márcia; MUNARI, Denize Bouttelet. *A religiosidade dos idosos: Significados, relevância e Operacionalização na percepção dos profissionais de saúde*. 2004, Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a02.pdf>>. Acesso em 28 set. 2015.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.) *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo. Hucitec, 2006. Disponível em:<<file:///C:/Users/Acer/Downloads/669-2023-1-SM.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

ZAGO, Márcia Maria Fontão; AQUINO, Verônica Vrban. *O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação*. Revista Latino-americana de Enfermagem, Jan. fev.; 15(1), 2007. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a07.pdf)> Disponível em:<<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 18 out.2015.

**ANEXOS**

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória – 04/12/2015.



## ANEXO I

### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA E ENTREVISTA COM ABORDAGEM QUALITATIVA PARA O ARTIGO DE Mestrado CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES COM O TEMA CONTRIBUIÇÃO DA RELIGIÃO NA REABILITAÇÃO E TRATAMENTO DOS PACIENTES DE HIV/AIDS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Pesquisador (a) Responsável: Sandra Helena de Oliveira

Nome do paciente (opcional): \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tempo de Tratamento: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo faz uso do Coquetel: \_\_\_\_\_

1) Você tem religião ou é religioso?

\_\_\_\_\_

2) Você consegue descrever como se sentiu no momento em que descobriu estar com o HIV?

\_\_\_\_\_

3) Há ocasiões em que você fica revoltado por ser soropositivo ou estar doente?

\_\_\_\_\_

4) Você acredita que sua doença seja um castigo de Divino?

\_\_\_\_\_

5) Você acredita na religiosidade como um amenizadora das dores?

\_\_\_\_\_

6) Você espera e busca a cura através do Divino?

\_\_\_\_\_

7) A religiosidade contribui para a sua recuperação? Se sim, explique como:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8) A Equipe de Enfermagem tem contribuído para seu tratamento? Explique.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO II

### FACULDADE UNIDA MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_, portador do documento nº \_\_\_\_\_. Telefone: \_\_\_\_\_. Sou voluntário da pesquisa de título: **Religião e enfermagem: recuperação e apoio aos pacientes HIV/AIDS assistidos pela enfermagem**, cujos objetivos e justificativas são: Conhecer como a religiosidade do portador de HIV/AIDS contribui para a sua recuperação. A minha participação no referido estudo será no sentido de colaborar com a pesquisa, com o objetivo de saber como é a minha vivencia religiosa.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: ajudar a esclarecer e informar de como a religiosidade pode ajudar na compreensão e na recuperação da doença.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.

Assim, entendo que o trabalho de dissertação poderá ser publicado mantendo minha identidade preservada. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Sandra Helena de Oliveira Prof. Mestre Francisco de Assis Souza dos Santos e Faculdade Unida de Vitória-ES e com eles poderei manter contato pelos telefones 22-998442020 e Tel.: (27) 3325 - 2071 / 0800 770 2071. Rua Engenheiro Fábio Ruschi - Nº 161 - Bento Ferreira - Vitória - ES - CEP: 29.050-670.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar,

estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Itaperuna, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador (a)

---

Assinatura do Orientador (a)



## ANEXO III

### Lista de pacientes entrevistados

Paciente 01 - J.C.G.

Paciente 02 - G.L.C.

Paciente 03 - A.M.S.

Paciente 04 - C.V.S.

Paciente 05 - M.N.S.M.

Paciente 06 - M.T.

Paciente 07 - R.C.S.S.

Paciente 08 - N.A.S.

Paciente 09 - R.H.A.B.

Paciente 10 - K.M.J.

Paciente 11 - G.V.A.

Paciente 12 - A.L.V.P.