

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

ANDRÉ GONÇALVES MELLAGI

**O ENFRENTAMENTO RELIGIOSO EM PACIENTES
PORTADORES DE HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens
católicos e evangélicos**

São Paulo

2009

ANDRÉ GONÇALVES MELLAGI

**O ENFRENTAMENTO RELIGIOSO EM PACIENTES PORTADORES
DE HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens católicos e
evangélicos**

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Área de Concentração:
Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Geraldo José
de Paiva

São Paulo
2009

Nome: André Gonçalves Mellagi

Título: O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS:
um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos

Dissertação apresentada ao Instituto
de Psicologia da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha família e ao Vitor,
cuja breve jornada será sempre lembrada.*

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Mariana, por ter acompanhado e auxiliado meus passos nesta jornada;

Ao Prof. Dr. Geraldo José de Paiva, pela orientação e disponibilidade em todos momentos que precisei;

Aos usuários da Casa da Aids, pela colaboração tanto à pesquisa quanto à experiência de vida compartilhada nas entrelinhas da entrevista;

Ao Prof. Dr. Aluísio Segurado, por acreditar no projeto e abrir as portas da Casa da Aids para a realização da pesquisa;

À Prof. Dra. Vera Paiva e ao NEPAIDS pelos trabalhos realizados entre as lideranças religiosas e AIDS;

À Camila de Melo Picone, Ana Paula Pereira da Silva e Rogério Nazário da Silva por terem prestado apoio essencial na Casa da Aids;

À Mildred Pitman de Castro, Roberta Vilela Moreno e Susan Marisclaid Gasparini pelo auxílio durante a realização das entrevistas;

Ao Altay Alves Lino de Souza, pela fundamental colaboração na análise estatística;

Ao Flávio Lopes Coutinho, pelo seu trabalho de acompanhamento aos usuários e interesse na pesquisa;

Aos amigos e familiares que estiveram presentes durante todo o processo de elaboração da pesquisa.

RESUMO

MELLAGI, A. G. **O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos.** 2009. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

O presente estudo tem por objetivo investigar as modalidades de enfrentamento religioso em homens portadores de HIV/AIDS pertencentes às religiões católica e evangélica pentecostal/neopentecostal. Após seleção de 50 católicos e 30 evangélicos, usuários de um serviço de atendimento a pacientes soropositivos em São Paulo, aplicou-se uma escala de *coping* religioso/espiritual e um formulário sobre religiosidade e história clínica da doença. As principais estratégias de *coping* apresentadas pelos sujeitos foram analisadas e comparadas entre os grupos católico e evangélico, através de mensuração estatística e da literatura sobre *coping* religioso. Estudos sobre as características psicossociais da população católica e evangélica no Brasil também foram utilizadas nas discussões sobre estilos preponderantes de *coping* em cada grupo. Tanto entre católicos quanto evangélicos houve maior uso de estratégias de enfrentamento que envolviam posicionamento positivo frente a Deus e menor uso de estratégias de reavaliação negativa de Deus. Os resultados mostraram uso maior por parte dos evangélicos de estilos que envolvem fatores positivos de transformação de si, ações em busca do outro institucional, busca pessoal de conhecimento espiritual, além de fatores negativos tais como posicionamento negativo frente a Deus e reavaliação negativa do significado. As considerações finais levantam tópicos sobre enfrentamento religioso na realidade brasileira e sua importância enquanto recurso multidimensional na vida do portador de HIV.

PALAVRAS-CHAVE: Estilos de Enfrentamento; AIDS; Escala de Coping Religioso Espiritual; Psicologia e Religião

ABSTRACT

MELLAGI, A. G. **Religious coping in HIV/AIDS patients: a psychosocial study among Catholic and Pentecostal men.** 2009. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

The present study has the purpose to investigate the ways of religious coping among HIV/AIDS male patients affiliated to Catholic and Pentecostal/Neo-Pentecostal religion. After a selection of 50 Catholics and 30 Protestants Pentecostals, users from a HIV+ health service in São Paulo, Brazil, a religious/spiritual coping scale was applied and other data about religiosity and disease's clinical history were collected. The main coping strategies revealed by the subjects was analyzed and compared between the Catholic and Pentecostal groups through statistical measures and the religious coping literature reviewed. Studies on the psychosocial aspects of the Catholic and Pentecostal population in Brazil also were used in the discussions about the main coping styles in each group. Catholics and Pentecostals employed more strategies involved in a positive posture toward God and less use of negative reappraisal of God strategies. The Pentecostals employed more positive styles related to achievement of life transformation, search for religious institutions, search for spiritual knowledge, moreover negative factors such as negative posture toward God and negative reappraisal of meaning. The final conclusions raise issues about religious coping in the Brazilian culture and its importance whilst multidimensional resource in the HIV patient's life.

KEY WORDS: Coping Styles; AIDS; Spiritual/Religious Coping Scale; Psychology and Religion

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1: Distribuição Religiosa no Brasil e na cidade de São Paulo	17
Tabela 2: Escolaridade e Religião declarada	48
Tabela 3: Frequência de comparecimento a Igrejas	49
Tabela 4: Práticas religiosas entre católicos e evangélicos	50
Tabela 5: Índices de <i>coping</i> religioso entre católicos e evangélicos	51
Tabela 6: Fatores de CREP com diferença significativa quanto a frequência de comparecimento a igrejas	53
Tabela 7: Fatores positivos de <i>coping</i> religioso por grupo	54
Tabela 8: Fatores negativos de <i>coping</i> religioso por grupo	55

LISTA DE SIGLAS

- AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CEBs: Comunidades Eclesiais de Base
- CRE: *Coping* Religioso Espiritual
- CREN: *Coping* Religioso Espiritual Negativo
- CREP: *Coping* Religioso Espiritual Positivo
- CRETOT: *Coping* Religioso Espiritual Total
- CRT: Centro de Referência e Treinamento
- DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis
- HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
- N1: Fator de reavaliação negativa de Deus
- N2: Fator de posicionamento negativo frente a Deus
- N3: Fator de insatisfação com o outro institucional
- N4: Fator de reavaliação negativa do significado
- P1: Fator de transformação de si e/ou de sua vida
- P2: Fator de ações em busca de ajuda espiritual
- P3: Fator de oferta de ajuda ao outro
- P4: Fator de posicionamento positivo frente a Deus
- P5: Fator de ações em busca do outro institucional
- P6: Fator de afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade
- P7: Fator de busca pessoal de conhecimento espiritual
- RazCRENP: Razão CREN/CREP
- RCC: Renovação Carismática Católica
- TARV: Terapia Antirretroviral

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. O fenômeno religioso e a Psicologia da Religião e/ou da Espiritualidade.....	10
1.1.1. Religião e saúde: a religião e o processo saúde-doença.....	13
1.1.2. Panorama das religiões cristãs populares no Brasil: catolicismo e protestantismo pentecostal e neopentecostal.....	16
1.2. HIV/AIDS.....	21
1.2.1. O vírus e o homem.....	21
1.2.2. A AIDS e seus estigmas.....	23
1.2.3. AIDS no Brasil e em São Paulo.....	24
1.2.4. AIDS e políticas de saúde.....	26
1.2.5. Religião e AIDS.....	27
1.3. Enfrentamento e enfrentamento religioso.....	29
1.3.1. Teoria de <i>coping</i>	29
1.3.2. <i>Coping</i> religioso.....	36
1.3.3. <i>Coping</i> , saúde, religião e AIDS.....	40
2. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA.....	42
3. MÉTODO.....	44
3.1. A Escala CRE-Breve e Formulário Geral.....	45
4. RESULTADOS.....	47
5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXO I: Formulário Geral.....	70
ANEXO II: Escala CRE Breve.....	75
ANEXO III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
ANEXO IV: Aprovação da CAPPesq.....	83

1. INTRODUÇÃO

1.1. O fenômeno religioso e a Psicologia da Religião e/ou da Espiritualidade

A distinção entre religião e espiritualidade está nos debates acadêmicos que buscam melhor definir seu objeto de estudo como exigência teórica e metodológica, e não é raro encontrar nesse debate definições que estabelecem relações de similaridade, complementaridade, sobreposição e oposição entre estes conceitos. Pesquisadores, teólogos e filósofos procuram em diversos contextos linguísticos e culturais enfatizar o que há de particular em cada elemento desta distinção que possa agregar a multiplicidade do fenômeno religioso e/ou espiritual, mas a conclusão ainda está distante de encontrar um ponto de acordo. A emergência desta distinção é o resultado, ainda em curso, do conhecimento do campo apreendido como religioso e espiritual, a partir da psicologia e das demais ciências humanas. O saber científico exige a marcação dos limites de seu campo de investigação; mas a fluidez e a permeabilidade da manifestação do fenômeno fazem com que este campo seja um contínuo processo de redefinição de suas fronteiras, e seu centro se ancora no que pode ser definido como "sagrado" ou "transcendente". Tanto a religião quanto a espiritualidade se debruçam sobre o sagrado, ainda que por vezes lhe inculcam significados e meios de acesso diferentes. De maneira geral, muitos teóricos referem-se à religião no âmbito do organizacional, ritualístico e convencional, enquanto a espiritualidade encontra espaço na individualidade, na subjetividade e na espontaneidade. Koenig, McCullough e Larson (2001) definem religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinado a facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente e promover um entendimento e relações entre os membros de uma comunidade. A espiritualidade é definida como busca pessoal de compreensão das respostas às questões fundamentais da vida, do significado e das relações com o sagrado ou transcendente, busca essa que pode ou não nascer ou se aprimorar nos rituais religiosos e na formação da comunidade religiosa. O sagrado está presente na religião e na espiritualidade, mas enquanto a religião é um sistema formal focado na comunidade e orientado para o comportamento e para as práticas ritualísticas, a espiritualidade é menos formal e sistemática, focada no indivíduo e orientada pela emoção.

Para o psicólogo norte-americano Kenneth I. Pargament (1999, 1997), a religião é a busca de significado por caminhos relacionados ao sagrado, abrangendo tanto o individual quanto o institucional, enquanto a espiritualidade é a busca pelo próprio sagrado e o núcleo da função da religião. Pargament considera a religião um construto amplo, que acolhe a busca por vários objetos de significado; já a espiritualidade enfoca a procura de um objeto particular de significado, o sagrado. Assim como a religião, a expressão e experiência da espiritualidade acontecem individualmente e institucionalmente. Toda grande instituição religiosa interessa-se por assuntos espirituais e toda expressão espiritual ocorre em um contexto social (PARGAMENT, 1999). Segundo Paiva (2005) e Belzen (2005) a caracterização de sagrado utilizada por Pargament está contextualizada no ambiente cristão norte-americano, com atributos marcantes tais como redenção, propósito divino, esperança. Belzen ainda discute o conceito de religiosidade adicionado à distinção entre religião e espiritualidade, e defende que a vida espiritual não é necessariamente alcançada por uma busca voluntária, mas também por motivações inconscientes e regada por tradições e por religiões locais. A espiritualidade não seria o núcleo da religião ou da religiosidade, mas uma categoria que se sobrepõe parcialmente a elas.

Embora a distinção entre religião e espiritualidade permaneça em horizontes diferentes, o sagrado ainda é o farol que ilumina o espaço oscilante da religião, onde a psicologia navega seu estudo.

Ao incorporar a religião como seu objeto de estudo, a psicologia já a posiciona dentro de sua estrutura epistemológica como nas demais ciências, ou seja, como *objeto*. Assim sendo, uma definição de religião já se esboça ao menos quanto aos seus limites de objeto passível de ser estudado. Porém, este objeto ultrapassa as barreiras impostas quando sua inerente complexidade não permite realizar a tarefa de explicá-lo num confinamento metodológico. Uma vez que há a necessidade em se definir a religião e/ou a espiritualidade, deve-se considerar seu lugar ou espaço, que pode estar no indivíduo – na sua experiência pessoal com o divino – ou fora dele – no contexto social que o engloba. Porém, “não há indivíduo independente do ambiente, e o ambiente pressupõe uma pessoa. O ambiente com o qual lidamos é social, cultural, histórico. O ambiente espiritual na civilização ocidental invariavelmente refere-se a algo transcendente (...)” (SPILKA et al., 1985, p. 4). Este ser transcendente (Deus, o Divino, o Infinito, a Suprema Realidade), não faz parte do estudo da psicologia da religião, mas da teologia. A psicologia pode, sim, estudar as variadas maneiras

que o indivíduo emprega para se ligar (*re ligare*) com o ser divino, mas a religião não se esgota nesta relação conectiva, nem o fenômeno religioso se esgota nas demais ciências humanas (sociologia, linguística, etc) que pretendem estudá-lo. Mircea Eliade (1949/2002) alerta para o fato de que apesar de ser a religião uma coisa social, econômica, linguística, inscrita nos limites da linguagem e da vida coletiva do homem, seria vão querer explicar a religião por uma dessas funções fundamentais que definem em última análise o homem. O fenômeno religioso que se expressa em experiências de mediunidade, epifania, profecia, transe, milagre, possessão, entre outras, está pautado na experiência do sagrado. Os elementos sociais que circundam essas experiências, que também as tornam sociais, devem ser entendidos segundo Velho (1991, p. 125)

Não só como as variáveis externas ao fenômeno religioso propriamente dito, como a classe, a etnia, a origem regional, a ocupação, a trajetória etc., mas também compreendidas como aquelas que definem e demarcam a religião em si mesma como experiência sociocultural particular e produtora de significados.

A complexidade da religião, segundo Spilka e colaboradores (1985), está no fato de que “palavras são símbolos que situam muitas coisas sob um título ou rótulo, e o termo *religião* é um excelente exemplo dessa tendência” (p. 6).

A psicologia trata do homem e de suas relações com o mundo e com os outros homens, e a perspectiva da psicologia da religião pode se servir do ambiente externo do indivíduo como contexto da expressão religiosa individual. É no meio cultural de uma denominação religiosa onde o indivíduo compartilha seus símbolos religiosos num referencial em comum. Já o ambiente interno do indivíduo mostra a subjetividade da fé religiosa, o plano da experiência onde esses símbolos são utilizados e recriados para finalidades pessoais diversas.

Para concretizar a tarefa da pesquisa científica, a Psicologia da Religião, portanto, sempre teve que expandir o conceito deste objeto ao mesmo tempo que necessitou restringir seu foco não na religião em si, mas em alguma de suas múltiplas expressões que surgem na experiência humana. Sendo a religião um fenômeno multidimensional, a definição operacional para a pesquisa busca considerá-la em algum de seus aspectos mensuráveis e em alguma de suas qualidades e expressões, tais como a conversão, o misticismo, a moralidade, as festividades e rituais, etc.

O presente estudo terá como foco o aspecto operacional do enfrentamento (*coping*) religioso dentre os variados matizes que o prisma da religião reflete. A religião como meio de enfrentar uma situação desestabilizadora do indivíduo, para buscar o restabelecimento do bem-estar físico e subjetivo, em suma, da saúde do sujeito impelido a manter o equilíbrio frente às ameaças que o circundam.

1.1.1. Religião e saúde: a religião e o processo saúde-doença.

A sociedade ocidental tem na tradição monoteísta judaico-cristã um dos aspectos que a identificam. Aliado ao pensamento clássico greco-romano, o cristianismo se tornou a base espiritual da mente ocidental, não obstante as diversas mudanças e revoluções iluminista, científica e industrial que sofreu ao longo de sua história. A espiritualidade encontra o espaço e o tempo do sagrado para explicar os fenômenos que fogem à compreensão das teorias seculares que ainda não deram a resposta definitiva sobre os sofrimentos humanos, entre os quais, a doença. A religião forneceu essa resposta que situa o sofrimento da doença numa cosmologia onde possa ser explicada e redimida.

Diversos episódios do Antigo Testamento ilustram o poder divino de amaldiçoar com a doença os pecadores e poupar com a saúde os justos: “o Senhor te ferirá com as úlceras do Egito, com tumores, com sarna e com prurido, de que não possas curar-te. O Senhor te ferirá com loucura, com cegueira, e com pasmo de coração” (Deuteronômio 28:27,28). Por outro lado, a doença também é proveniente de entidades malévolas, antagônicas ao caráter benfeitor e misericordioso de Deus: “Então saiu Satanás da presença do Senhor, e feriu a Jó de chagas malignas, desde a planta do pé até o alto da cabeça” (Jó 2:7).

No Novo Testamento, a salvação trazida por Jesus não apenas era anunciada mas ganhava o contorno da epifania através dos milagres. Uma dessas epifanias era a cura de doenças:

Percorria Jesus toda a Galileia, ensinado nas suas sinagogas, pregando o evangelho do reino e curando todos os tipos de doenças e enfermidades entre o povo. Sua fama percorreu por toda a Síria, e traziam-lhe todos os enfermos acometidos de várias doenças e tormentos: endemoninhados, lunáticos, paralíticos, e ele os curava (Mateus 4:23,24).

O legado do cristianismo trouxe consigo tais milagres cujo poder foi transferido de Jesus aos apóstolos: “chamando a si os seus doze discípulos, deu-lhes poder sobre os

espíritos imundos, para os expulsarem e para curarem toda sorte de doenças e enfermidades.” (Mateus 10:1). Dos apóstolos, os sacerdotes da Igreja passaram a ser imbuídos de tal poder: “está alguém entre vós doente? Chame os presbíteros da igreja, e orem sobre ele, unguendo-o com óleo em nome do Senhor. E a oração da fé salvará o doente; o Senhor o levantará. Se houver cometido pecados, ser-lhe-ão perdoados” (Tiago 5:14,15).

A variedade de usos e significados da doença na religião se multiplica entre as inúmeras denominações que se desenvolveram no decorrer da história do cristianismo, principalmente a partir da Reforma protestante que rompeu com a hegemonia católica no século XVI. As igrejas que se multiplicaram e se espalharam pelo Novo Mundo levaram seus discursos religiosos sobre a saúde e a doença, encontrando novas práticas e outros saberes com que deveriam lidar, tanto nas localidades onde culturas não-ocidentais contrapunham outras visões do sagrado e do processo saúde-doença, quanto no desenvolvimento dos saberes científicos, que investigavam a origem material e orgânica das doenças.

A perspectiva do processo saúde-doença vista pelo religioso vai além da esfera biopsíquica investigada pelo médico. Estudo realizado numa comunidade rural pantaneira (PIGNATTI; CASTRO, 2008), verificou-se que a religiosidade é uma das marcas mais expressivas da cultura local, tanto nas manifestações coletivas quanto nos processos de cura individual das doenças. A doença surge como uma ruptura de um equilíbrio que não atinge somente o corpo físico, mas inclui outras áreas que os indivíduos harmonizam no que concebem como saúde (bem-estar, poder trabalhar, ter boa alimentação e conforto, etc.). A eficácia das práticas místico-religiosas de cura depende da sintonia da visão de mundo de seus adeptos, que assimilam a explicação e o tipo de solução dos problemas, e conferem às palavras e atos dos “curandeiros” (agentes concretos das práticas de cura) um caráter de transcendência (COSTA-ROSA, 1995, 2008).

Situações relacionadas à saúde desafiam o indivíduo a encontrar justiça, significado e controle na vida (PARGAMENT; HAHN, 1986). A saúde ou a doença, resultante do acaso ou da conduta do indivíduo (por exemplo, uma leucemia cuja manifestação independe do controle pessoal, ou um melanoma devido à constante exposição desprotegida aos raios solares), podem conferir diferentes atribuições da vontade, do amor ou da ira divina. O indivíduo se esforça para compreender essas situações em múltiplos sentidos arraigados na religião. A tradução da experiência do adoecer feita pela religião será sempre polissêmica.

A associação entre saúde e religião vai além da construção de significados. Há denominações religiosas que prescrevem uma dieta específica ou estilos de vida que propiciam efeitos à saúde de seus adeptos. A abstinência do álcool e a proibição de determinados alimentos podem contribuir como fatores de proteção de algumas morbidades. O apoio social proporciona o sentimento de pertencimento e convívio gregário, que atestam melhor qualidade de vida através das redes sociais e abrem espaço a debate e resolução de problemas coletivos em comum (LEVIN, 1994; PIETRUKOWICZ, 2001; VALLA, 2000). O ritual, em especial as práticas de cura realizadas por algumas religiões, fornece um tratamento ou uma organização no plano espiritual para municiar o combate a moléstias ou para aliviar uma carga emocional. Enfim, a questão da fé, a crença de que Deus está atento ao cuidado da pessoa, produz efeitos benéficos que podem se assemelhar, em parte, ao efeito placebo (LEVIN, 1994). De qualquer modo, “se o envolvimento religioso ajuda a reduzir estresse psicológico e incrementa o apoio social, então poderá ajudar a regular os efeitos negativos do estresse na saúde física” (KOENIG; LARSON; LARSON, 2001, p. 356).

Apesar de que muitos desses aspectos permeados pela religião possam ser atribuídos a mecanismos e funções alheios a ela, como se sua participação se limitasse a fornecer um acessório a processos psicossociais maiores como o apoio social, a auto-estima, o otimismo e a obediência a normas sociais, outras pesquisas apontam para o que há de singular na relação entre saúde e religião (PARGAMENT; MAGYAR-RUSSEL; MURRAY-SWANK, 2005). Porém, ainda são investigações recentes que procuram desemaranhar esta complexa relação.

A religião também pode surtir consequências adversas à saúde. Alguns exemplos já registrados são a suspensão do cuidado médico pelo refúgio espiritual, o adiamento da busca por tratamento clínico em prol da urgência por práticas de cura religiosas, a recusa de transfusão de sangue, o receio pela vacinação, o desprezo à atenção em saúde mental, a instigação de sentimentos e atitudes como culpa e preconceito, entre outros fatores negativos (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001).

Os aspectos benéficos ou maléficos da religião no processo de saúde-doença serão analisados na sua expressão de *coping* nas seções subsequentes dedicadas aos modos de enfrentamento religioso.

1.1.2. Panorama das religiões cristãs populares no Brasil: catolicismo e protestantismo pentecostal e neopentecostal

No Brasil, o cristianismo católico que veio com a colonização portuguesa encontrou outras práticas e cosmologias religiosas entre os nativos indígenas, além de importar, mesmo sem intenção, a religiosidade dos escravos africanos forçados a trabalhar nas lavouras da colônia de Portugal. A configuração da cultura religiosa acompanhou intrinsecamente a história do desenvolvimento da sociedade brasileira:

Quando o Brasil apareceu no derradeiro ano de século XV, o português, mareante e conquistador, era mosaico residual das religiões de que fora servidor, mantido sob o esmalte unificador do Catolicismo. No Brasil ainda recolheu as achegas feiticeiras dos Brasis e das Peças do Congo e Guiné. (...) Ficou fiel ao Deus que o batizara em Portugal e, como o distante avô romano, reservou um altar oculto para a desconfiada crença nos divinos assombros das negras e cunhãs temerosas de tempestades e rumores insólitos no escurão da noite equinocial. Fácil é saber no que acredita e bem difícil precisar no que não crê (CASCUDO, 1972/2001, p. 346).

Com a consolidação das diversas religiões no Brasil, nota-se que para além da filiação a um sistema de crença, instituído por igrejas, templos, centros ou terreiros, os fiéis de diferentes religiões compartilham um fundo cultural comum do qual fazem parte. Ainda que permaneçam coerentes a suas cosmologias e visões de mundo, as religiões trocam elementos, quer para assimilá-los, quer para contrapô-los. É o caso da incorporação de espíritos em terreiros de candomblé, nos centros espíritas ou nos cultos evangélicos, que utilizam do mesmo fenômeno para inseri-lo em sua simbologia específica. Também não é raro o trânsito dos fiéis entre diferentes sistemas de crença, como no caso dos que se declaram pertencentes a uma religião mas utilizam recursos de outras, e até de dupla pertença, em que o indivíduo declara pertencer a mais de uma religião. Nesse sentido,

O mais fundamental não é tanto saber quantas pessoas na sociedade brasileira se identificam publicamente como umbandistas, espíritas etc., mas ser capaz de perceber o significado desse conjunto de crenças e sua importância para *construções sociais* da realidade em nossa cultura (VELHO, 1991, p.124).

O que é singular no caso brasileiro, “é que cada uma dessas formas de religiosidade seja suplementar às outras, mantendo com elas uma relação de plena complementaridade” (DAMATTA, 1994, p. 115). Apesar de haver esse trânsito entre diferentes religiões, mesmo que o indivíduo declare pertencer a somente uma, investigaremos como o repertório simbólico do sagrado fornecido pelas religiões católica e evangélica pentecostal e

neopentecostal é utilizado nos modos de enfrentamento à situação de portador de HIV/AIDS. Para tal objetivo, a religião declarada é aquela com a qual o indivíduo julga se identificar em relação ao seu sistema simbólico, ainda que os rituais e práticas de outras religiões possam esporadicamente fornecer recursos que o indivíduo utiliza para determinado fim. Uma questão levantada por este estudo é justamente compreender se as diferenças culturais presentes em religiões diferentes são diluídas por esse trânsito, complementaridade e sincretismo, ou se conservam sua singularidade no que tange a estilos de *coping*.

O catolicismo responde pela maioria de fiéis no Brasil desde a época de colonização. Contudo, desde a década de 70 registra-se um declínio acelerado do número de católicos e de protestantes históricos. Nas sociedades pós-tradicionais e urbanas desencadeia-se “um processo de desfiliação em que as pertencas sociais e culturais dos indivíduos, inclusive religiosas, tornam-se opcionais e, mais que isso, revisáveis, e os vínculos, quase só experimentais, de baixa consistência” (PIERUCCI, 2004, p. 19). Os grupos religiosos que passam a ganhar mais destaque na distribuição religiosa do Brasil são dos evangélicos pentecostais e neopentecostais e dos que se declaram “sem religião”. A distribuição das principais religiões no Brasil e na cidade de São Paulo pode ser verificada na tabela 1 abaixo:

Tabela 1: Distribuição Religiosa no Brasil e na cidade de São Paulo

Religião	% Brasil	% São Paulo
<i>Sem religião</i>	7,35	8,97
<i>Católica</i>	73,89	68,43
<i>Evangélica</i>	16,19	15,94
<i>Espiritualista</i>	1,35	2,78
<i>Afro-brasileira</i>	0,31	0,46
<i>Orientais</i>	0,29	1,31
<i>Outras</i>	0,62	2,11

Fonte: CPS/FGV através do processamento dos microdados do Censo Demográfico 2000/IBGE

A cidade de São Paulo manifesta uma variedade religiosa mais acentuada, comportando números mais expressivos de outras denominações religiosas (espiritualistas e orientais), além de um público que se define “sem religião” maior. Porém, continuam os grupos católico e evangélico (incluindo os protestantes históricos) com maior proporção no perfil religioso.

A Igreja católica no Brasil fincou suas raízes com a chegada dos portugueses na sua nova colônia e participou da formação da sociedade brasileira. O catolicismo tradicional rural

e urbano no Brasil, em que as instituições sacrais legitimam a ordem social e os costumes fundamentam os papéis sociais, se opõe ao catolicismo internalizado, em que o fiel participa da vida religiosa de modo deliberado e sua experiência religiosa visa atender a preocupações concretas (CAMARGO, 1973). O processo de modernização e de internalização do catolicismo provocou mudanças na cerimônia litúrgica, que se afasta do formalismo canônico e procura responder a demandas sociais e pessoais mais pertinentes. O catolicismo no Brasil se manifesta de modo heterogêneo, incorporando elementos culturais e locais que se distinguem de sua origem romana, “a plasticidade dos modos de ser católico no Brasil é expressão de uma genuinidade brasileira, caracterizada pela grande ampliação das possibilidades de comunicação com o sagrado ou com o ‘outro mundo’” (TEIXEIRA, 2005, p. 17). O catolicismo popular se distancia das regras institucionais e hierarquizadas da Igreja, o devoto adquire maior autonomia na sua prática religiosa que se manifesta por forte manipulação do sagrado para atender a interesses cotidianos. As práticas terapêuticas no catolicismo popular englobam o trabalho das rezadeiras, as benzeções, os votos (promessas) e ex-votos e o culto aos santos.

Na segunda metade do século XX duas vertentes distintas do catolicismo tradicional promoveram um redescobrimento da identidade católica através das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e da Renovação Carismática Católica (RCC), configurando um movimento de reafiliação. As CEBs provocaram, nas palavras de Teixeira (2005), uma reorganização ética e espiritual e uma nova relação com o sagrado, que promovem “a centralidade da conscientização, um novo compromisso ético e político e a ênfase na participação em lutas populares” (p. 20). As CEBs têm por base as diretrizes da Teologia da Libertação, divulgadas principalmente no continente latino-americano e que orientam uma atuação política da Igreja em favor dos mais pobres. Por outro lado, a RCC irá sublinhar o caráter individual de relação com o sagrado e o afastamento da militância política. Nas CEBs, não há preocupação com os rituais de cura, que por sua vez reaparecem fortalecidos no catolicismo da Renovação Carismática (PIERUCCI; PRANDI, 1996). A RCC marcou grande inserção na sociedade brasileira através de alta veiculação pelos meios de comunicação de massa, promovendo espetáculos midiáticos.

“O sentido de ser carismático só se pode perceber a partir da crença nos dons do Espírito Santo” (PRANDI, 1997, p. 45). Os dons carismáticos mais populares entre os fiéis que tomam contato são o dom de línguas e o dom de cura. Na RCC, as reuniões de cura e

missas de cura encenam os rituais para os fiéis que buscam a recuperação da saúde. Nas missas de cura o sacerdote coordena as práticas de oração e a liturgia eucarística para a cura dos males físicos, espirituais e emocionais. Há súplica dos adeptos pelo perdão dos pecados, pedidos de intercessão de Nossa Senhora, unção com óleo, testemunhos de cura (PRANDI, 1997). Também há imposição de mãos e glossolalia nos rituais de cura, como acontece nas práticas pentecostais. Distúrbios psíquicos e emoções aflitivas tais como depressão, ansiedade, medo ou raiva, são tratados através dos rituais de cura interior entre os carismáticos, que trabalham o corpo por meio do uso dos sentidos. Na produção da cura interior, as imagens, a corporeidade e os sentidos “são mediados pela tradição e adquirem legitimidade à medida que o mecanismo da revelação é acionado, propiciando a sinergia entre corpo, memória e subjetividade” (SILVEIRA, 2007, p. 54), resgatando a fusão do indivíduo com o divino.

O protestantismo de imigração surgiu no início do século XIX através da entrada de imigrantes anglo-saxões e alemães nas regiões sul e sudeste, principalmente de denominação luterana. Uma sociedade metodista foi fundada por norte-americanos em 1836 no Rio de Janeiro e a partir da metade do século XIX iniciou-se o trabalho missionário de congregações presbiterianas e batistas provenientes dos Estados Unidos (protestantismo de conversão). Em 1861 houve o reconhecimento legal dos casamentos evangélicos. A princípio pouco expressivo, o número de protestantes aumenta somente a partir do momento em que os pregadores brasileiros superam o número de pregadores estrangeiros, facilitando a inserção no ambiente cultural predominantemente católico. As igrejas protestantes também passam a ganhar mais autonomia nacional e menos dependência em relação às missões fundadoras (CAMARGO, 1973). Mudanças sociais no país como a urbanização e a industrialização fizeram com que a partir de 1910 houvesse a expansão do protestantismo pentecostal e sua desvinculação de comunidades estrangeiras, dando início a um amplo processo de conversão nas cidades com utilização dos meios de comunicação de massa. Os primórdios do protestantismo caracterizaram-se por um forte isolamento social, devido tanto pela diferenciação étnica dos imigrantes anglo-saxões, que buscavam preservar sua identidade através da religião que trouxeram, quanto pelas diferenças de dogma que contrastavam com o catolicismo já arraigado na cultura brasileira. Com a assimilação dos imigrantes e a nacionalização das igrejas protestantes, o protestantismo saiu do círculo comunitário e ganhou principalmente nas grandes cidades um número maior de adeptos que passaram a se

desvencilhar do caráter canônico e ritualista da igreja católica. A experiência de salvação cristã no envolvimento pessoal com a palavra bíblica e a conduta pontuada pela ética puritana moldaram a caracterização dos primeiros protestantes brasileiros.

A partir de 1940, as igrejas protestantes pentecostais ganharam força especialmente entre as camadas mais pobres da população urbana e suburbana. As novas funções que o pentecostalismo passa a desempenhar às camadas que saíram de áreas tradicionais para se adequarem à sociedade urbana, são as que levam à integração social e as de natureza terapêutica (CAMARGO, 1973). O contato comunitário dentro dessas igrejas de caráter congregacional visa a preservação dos antigos vínculos de cooperação e auxílio mútuo, compartilhados com o testemunho da nova fé. Para Camargo (1973), "a doutrina pentecostal enfatiza a ideia de 'salvação para a alma e o corpo', alcançando o converso a redenção espiritual e física. (...) A 'cura divina', ponto doutrinário fundamental, apresenta-se, de maneira análoga ao ocorrido entre as religiões mediúnicas, como um dos mais poderosos atrativos ao Pentecostalismo" (p. 149). Algumas técnicas terapêuticas são empregadas tais como as orações, imposição das mãos, unção com azeite, bênçãos. Os dons espirituais de poder expressam-se na cura de doenças, fé e operação de milagres e "a função terapêutica exercida pelo Pentecostalismo não somente confere grande poder aos líderes que exercem a cura, como também constitui, para a comunidade religiosa, elemento que reforça a coesão e a solidariedade grupal" (CAMARGO, 1973, pp. 150, 151). As principais igrejas pentecostais são a Congregação Cristã, Assembleia de Deus, Igreja do Evangelho Quadrangular, Igreja Pentecostal Deus é Amor, Brasil para Cristo. As igrejas pentecostais pré-milenaristas divulgam a mensagem da vinda de Cristo e a preparação de seus fiéis para este retorno. Para tanto, há grande separação entre a congregação e o mundo, a recusa dos prazeres mundanos, isolamento cultural e passividade sociopolítica (SIEPIERSKI, 2004).

A partir da década de 70, outro movimento surge no cenário religioso brasileiro e se fortalece nas décadas seguintes, graças ao comprometimento político-partidário de seus líderes e à intensa inserção na mídia. O neopentecostalismo, representado principalmente pelas igrejas Universal do Reino de Deus, Renascer em Cristo, Internacional da Graça de Deus, Comunidade Evangélica Sara Nossa Terra, possui como características a pregação da Teologia da Prosperidade, a guerra espiritual contra o Diabo (cujo séquito de demônios é identificado nas entidades de outras religiões, principalmente as de origem afro-brasileira) e o abandono dos costumes tradicionais dos primeiros pentecostais (MARIANO, 1996). As

igrejas neopentecostais se distinguem das pentecostais por adotarem uma visão pós-milenarista, não anunciam o retorno iminente de Cristo e a preparação para esta vinda não é urgente. Pelo contrário, os neopentecostais participam ativamente do meio político e aceitam os valores mundanos da sociedade de consumo. Nesse sentido, Siepierski (2004) prefere adotar o termo “pós-pentecostais” em vez de neopentecostais, para indicar que há uma genealogia protestante, mas não uma teologia protestante nos moldes da ética da Reforma. Essa distinção cabe ser ressaltada para a discussão de uma melhor tipologia do pentecostalismo brasileiro, mas esta dissertação mantém o termo *neopentecostal* já consolidado nos estudos sociológicos atuais, respeitando o termo *pós-pentecostal* entre os pesquisadores que assim designam o movimento das mais recentes igrejas supracitadas.

Tanto nas igrejas pentecostais como neopentecostais há o testemunho público da cura entre os fiéis como divulgação do poder da fé, encontrado também na vertente carismática do catolicismo. Uma diferença encontrada entre essas denominações é que “enquanto no pentecostalismo tradicional a responsabilidade da doença recai sobre as práticas desviantes do *nomos* da congregação, no pós-pentecostalismo a doença é fruto da prisão da pessoa pelos maus espíritos” (BOBSIN, 2003, p. 38). No pentecostalismo, a doença como resultado do desvio das normas vigiadas pela congregação é fruto da tentação de forças diabólicas e sobrenaturais, que pela visão neopentecostal, estas forças acabam por possuir o corpo enfermo do indivíduo. Uma prática recorrente nas igrejas neopentecostais é o exorcismo. A Teologia da Prosperidade valoriza a graça terrena e presente, e não mais após a morte através da salvação. A doença, portanto, seria consequência de uma obra maléfica que se apoderou do corpo do adepto e os demônios devem ser expulsos num ritual intenso de exorcismo ou descarrego.

1.2. HIV/AIDS

1.2.1. O vírus e o homem

O vírus da imunodeficiência humana (HIV – Human Immunodeficiency Virus) é um retrovírus que infecta os linfócitos, células do sistema imunológico responsáveis pela proteção do organismo humano da invasão de micro-organismos. As principais vias de transmissão do HIV se dá pelo contato sexual e pelo sangue contaminado através de

transfusões ou do uso compartilhado de agulhas e drogas injetáveis. Mães grávidas soropositivas também podem transmitir o vírus ao bebê durante a gestação, na hora do parto ou durante a amamentação (transmissão vertical).

Com a infecção, a função dos linfócitos fica comprometida, o que possibilita o surgimento de doenças oportunistas, que podem levar à morte. A manifestação clínica da infecção por HIV é conhecida como síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome) e leva em média oito anos para se manifestar após a infecção do HIV. O desenvolvimento clínico da doença percorre quatro fases: a primeira, a fase de infecção aguda, caracteriza-se por viremia intensa, declínio de linfócitos T CD4+, sintomas de infecção viral como febre, adenopatia, faringite, mialgia, cefaleia, etc. A segunda fase é conhecida como assintomática ou latência clínica. Na terceira fase há sinais e sintomas inespecíficos, variando sua intensidade. Os sintomas que podem surgir nessa fase são sudorese noturna, fadiga, emagrecimento, trombocitopenia. As doenças oportunistas nesta fase mais comuns são candidíase oral, leucoplasia pilosa oral, gengivite, úlceras aftosas, diarreias, sinusopatias, herpes simples recorrentes e herpes zoster. A quarta e última fase caracteriza-se pela instalação de doenças oportunistas graves e neoplasias decorrentes da debilitação do sistema imunológico, podendo ser causadas por vírus, bactérias, fungos, protozoários. As principais doenças oportunistas nesta fase são tuberculose, toxoplasmose, sarcoma de Kaposi, pneumonia, citomegalovirose, meningite criptocócica, etc.

Com o desenvolvimento da terapia antirretroviral (TARV), obteve-se um aumento da expectativa de vida e a redução de doenças oportunistas que ameaçavam a integridade do portador de HIV, evitando que desenvolvesse a AIDS propriamente dita. O objetivo da terapia é “inibir ao máximo a replicação viral, permitindo o restabelecimento e a manutenção de uma resposta imune eficaz, que previna ou atrase morbidades relacionadas ao HIV” (SANDE et al., 2007, p. 18). O tratamento com TARV inicia-se quando a contagem de linfócitos T CD4+ está entre 200 a 350/mm³ ou quando o portador apresenta sinais sintomáticos da doença. O sucesso da terapia é verificado no aumento da quantidade das células T CD4+ e na diminuição da carga viral.

A terapia antirretroviral apresenta efeitos colaterais que o indivíduo portador de HIV deve estar orientado para enfrentar. As toxicidades das drogas antirretrovirais “podem comprometer a adesão ao tratamento a curto prazo e podem causar significativos efeitos negativos para a saúde a longo prazo” (SANDE et al., 2007, p.18), o que torna necessário o

ajuste dos regimes de tratamento tanto ao vírus quanto ao indivíduo. Os inibidores de protease podem causar lipodistrofia, com perda de gordura na face e aumento da circunferência abdominal, além de náuseas e diarreia. O Efavirenz pode apresentar efeitos colaterais psiquiátricos, tais como mudança de humor e sonhos anormais. A adesão ao tratamento é um desafio constante e envolve processos objetivos (atendimento médico, medicamento, testes) e subjetivos (cidadania e auto-estima) que não podem estar desvinculados (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMMA, 2000). A adesão ao tratamento “demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão” (BRASIL, 2008, p. 9), o que torna urgente a adoção de abordagens facilitadoras à adesão.

A disponibilidade de apoio social é um fator atenuador do impacto da soropositividade, que pode ser melhorado com a ampliação da rede de apoio e treinamento de melhores habilidades de comunicação (REMOR, 2002). Porém, em pesquisa realizada na Casa da Aids em São Paulo (SP), verificou-se que há dificuldade no domínio de relações sociais entre os pacientes, possivelmente devido ao estigma em revelar o diagnóstico nos espaços sociais (SANTOS; FRANÇA JÚNIOR; LOPES, 2007).

1.2.2. A AIDS e seus estigmas

A eclosão da AIDS no mundo e no Brasil trouxe consigo o medo de uma doença desconhecida, sem cura e fatal, tal como publicado pela mídia no final do século XX. Significou não somente um problema de epidemia em saúde pública, mas acrescentou-se à doença conotações referentes à peste que chega sob a forma de castigo aos que transgridem as regras morais. Pelo fato do surgimento da AIDS no mundo ocidental ter sido localizado primeiramente em homens que fazem sexo com homens, a homossexualidade, vista como desvio de comportamento no meio laico e como depravação no meio moral, encontrou sua devida punição, como salientaram alguns representantes religiosos nos primórdios da epidemia. Porém, ao se difundir também pelo contato heterossexual e pelo compartilhamento de agulhas infectadas no uso de drogas injetáveis, a AIDS também serviu como flagelo que atinge os guetos do consumo de entorpecentes e da prostituição. Quando o HIV rompeu a barreira ilusória desses grupos marginalizados da sociedade, denominados então “grupos de

risco”, a ameaça se espalhou coletivamente, e “mais do que o câncer, e de modo semelhante à sífilis, a AIDS parece ter o poder de alimentar fantasias sinistras a respeito de uma doença que assinala vulnerabilidades individuais tanto quanto sociais” (SONTAG, 2007, p. 128). Os portadores não eram apenas vítimas, mas réus de uma doença que colocava em cheque uma sociedade que se esforçava para camuflar suas próprias contradições. O mal era visto não só entre os *outsiders*, mas também entre os imigrantes (em sua maioria provenientes do Terceiro Mundo), que traziam aos centros desenvolvidos a doença, a barbárie. Metáforas religiosas aliam-se a metáforas sanitaristas para enquadrar o que é puro, limpo, virtuoso e higiênico em contraste com o que é pecaminoso, degradado, sujo e abominável, o que coloca a sociedade diante do fenômeno da peste, com seus significados similares ao flagelo divino que assolava o desvio de conduta moral.

1.2.3. AIDS no Brasil e em São Paulo

Dados epidemiológicos atestam que atualmente há no Brasil uma tendência de aumento de casos de infecção por contato heterossexual, com avanço entre mulheres, em regiões afastadas dos grandes centros urbanos, nas camadas sociais mais baixas e com menor escolaridade (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2001; DOURADO et. al., 2006). Houve, no entanto, desde o advento da TARV, a diminuição da mortalidade e da morbidade de algumas doenças oportunistas, mas com diferentes evoluções nas regiões do país.

O risco definido como probabilidade de membros de uma população adquirirem uma determinada doença em um período de tempo, encontra seu equivalente numérico na taxa de incidência (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 1990). A evolução das taxas de incidência no Brasil e no município de São Paulo, no período de 1997 a 2006, pode ser acompanhada no gráfico 1 abaixo:

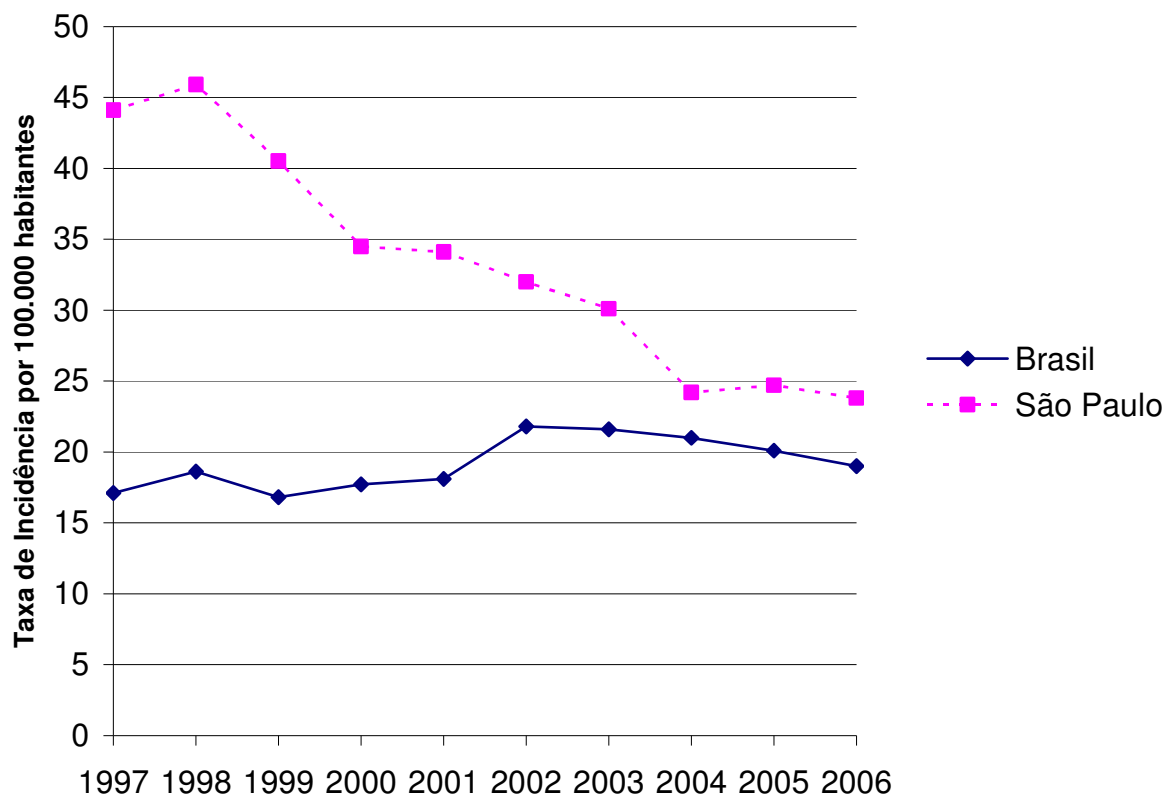


Gráfico 1: Taxa de Incidência de casos de AIDS por ano no Brasil e no município de São Paulo

Fonte: Boletim Epidemiológico AIDS - Ano V nº 1 - julho a dezembro de 2007/janeiro a junho de 2008 a partir dos dados do MS/SVS/PN-DST/AIDS e Boletim Epidemiológico de Aids do Município de São Paulo – Ano XII nº 11 - maio de 2008 a partir dos dados do SINAN Windows/Net CCD/COVISA

Através dos dados, nota-se que há estabilidade no risco por infecção por HIV no Brasil, enquanto que a taxa de incidência em São Paulo vem decaindo, embora mantendo ainda valores mais elevados que a taxa nacional. As mudanças no fator de risco correspondem às ações empreendidas em políticas públicas, principalmente através da prevenção primária, que busca impedir o aumento de casos da doença. Porém, a prevenção secundária também desempenha seu papel: o portador de uma doença infecciosa recebe tratamento e é orientado a resguardar o bem-estar próprio e do círculo social com que convive, ampliando sua ação não somente na recuperação do indivíduo, mas também na prevenção de que pessoas próximas se contaminem. No caso do HIV/AIDS, o tratamento com a TARV deve ser acompanhado dos mesmos cuidados referentes ao contato sexual e ao

uso de agulhas veiculados na atenção primária, além de outros que visam a prevenção da transmissão vertical (de mãe soropositiva para filho).

1.2.4. AIDS e Políticas de Saúde

A situação atual da AIDS no mundo é multifacetada, com aspectos variados de acordo com os contextos econômicos e sociais de cada país (BASTOS, 2006). Cada localidade providenciou suas respostas à epidemia de AIDS e no caso brasileiro, houve o pioneirismo da distribuição gratuita e universal dos medicamentos antirretrovirais aos portadores de HIV.

As políticas públicas que surgiram desde o final do século XX deveriam ser calcadas em pesquisas epidemiológicas, para alicerçar seu alcance de combate à doença. Parker (2000) verifica três variações de paradigma na intervenção e pesquisa de HIV/AIDS em que a primeira ocorreu em meados da década de 80, quando a atenção era focada no estudo de padrões de comportamento relacionados à transmissão do HIV. No fim da década de 80, a ênfase foi direcionada para a análise das estruturas culturais e sociais mais amplas, associadas ao risco de infecção pelo HIV. E na década de 90, a atenção da pesquisa passou a ser voltada a uma gama ainda maior de fatores políticos e econômicos que, simultaneamente, deram forma à disseminação da infecção por HIV. As mudanças de enfoque “não são uma série de fases sucessivas de atividades de pesquisa, mas representam a amplitude dessas atividades desenvolvidas em resposta à epidemia” (PARKER, 2000, p.66). Assim sendo, os sucessivos níveis de investigação não encobrem os anteriores, como camadas sobrepostas, mas ampliam a problemática mundial da AIDS que ultrapassa o nível biológico e individual, sem contudo descartá-lo. Os níveis de pesquisa atuam não como máscaras que ocultam os alvos prévios de investigação, mas como a lente que atinge diferentes níveis de profundidade onde pesquisa quer e consegue chegar.

As campanhas iniciais de prevenção não conseguiram controlar a epidemia, pois a mera veiculação da mensagem informativa dos riscos de contágio não bastou para propiciar mudanças de atitude. Ao focar na atitude individualizada quanto ao uso de drogas injetáveis ou ao sexo com múltiplos parceiros, os programas de educação deixavam de lado as redes sociais que influenciam ideias, normas e condutas (CASTIEL, 1996). As políticas públicas de prevenção e tratamento devem lidar não somente com o aspecto clínico da doença, mas inserir em suas agendas os aspectos psicossociais em jogo na luta contra a epidemia. Em

pesquisa realizada na Casa da Aids em São Paulo, muitos pacientes que se infectaram não tinham percepção dos riscos de contágio nas suas atividades sexuais, e só procuraram o atendimento médico para a realização de exames clínicos quando a doença já se manifestou (FILIPE et. al., 2005). A vulnerabilidade de homens que fazem sexo com mulheres não é percebida quando a doença é estigmatizada nos usuários de drogas ou nos homossexuais.

1.2.5. Religião e AIDS

As respostas religiosas frente à AIDS também percorreram um processo de mudanças de paradigma. A figura amedrontadora da AIDS, que causava um terror apocalíptico, com o tempo obrigou as instituições religiosas a tratar deste problema de saúde por meio de uma prática de assistência e de um discurso menos escatológico e mais pró-ativo. Galvão (1997) observa que “o aparecimento da AIDS propiciou, no Brasil, diferentes tipos de manifestações por parte das diversas tradições religiosas: artigos na grande imprensa ou nas suas publicações internas, realização de seminários e a formação de grupos de reflexão, atuação assistencial, etc.” (p. 107). A orientação aos fiéis e o acolhimento de portadores de HIV está entre as ações que algumas instituições são impelidas a realizar, por se tratar de enfermidade que traz sofrimento ao homem. Ora, o alívio do sofrimento, incluindo o dos familiares que convivem com o portador, é um dos refúgios que o indivíduo encontra na divindade, cujos símbolos são apresentados nas instituições religiosas. Apesar de haver discordância de algumas religiões com os métodos científicos de prevenção, “não há dúvida de que a AIDS, em vários aspectos, fez com que as diferentes tradições religiosas repensassem as suas práticas tradicionais de serviço, assistência, tratamento e apoio espiritual” (GALVÃO, 1997, p. 111). Devido aos temas que a AIDS suscita como sexualidade, homossexualidade, uso de entorpecentes, além do adoecimento e da morte, os líderes das igrejas passaram a discutir entre os fiéis assuntos que costumavam ser segregados da comunidade religiosa, mas que se tornaram urgentes devido à presença incontestável da doença. Até hoje a camisinha é desaprovada enquanto técnica de prevenção de contágio por via sexual, pela visão oficial da Igreja católica. Porém, representantes católicos locais orientam quanto à prevenção nas suas políticas assistenciais, como ocorre na Pastoral DST/AIDS.

Por incentivo de instituições laicas e governamentais como o CRT-DST/AIDS (Centro de Referência e Treinamento para as Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS),

cria-se em São Paulo no ano de 1988 o Grupo Religioso de Educação, Apoio e Solidariedade, com uma vertente ecumênica. Atualmente o Grupo de Trabalho AIDS e Religiões, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, promove espaços de reflexão sobre os aspectos éticos e religiosos na prevenção e educação de temas como sexualidade, DST, HIV e AIDS. Organiza materiais com metodologias e estratégias voltados aos grupos religiosos. A diversidade religiosa está presente em encontros e na articulação de apoio espiritual a internos em instituições hospitalares. Outras religiões organizam-se para dar sua resposta específica à problemática da AIDS, condizente com sua visão do adoecer e das práticas que essa visão propõe para combatê-lo como, por exemplo, o Centro de Convivência Infantil Filhos de Oxum, dirigido por pai-de-santo do candomblé na década de 80. Na década de 90 ampliam-se as respostas religiosas, sobretudo da Igreja católica (GALVÃO, 2000), que já havia lançado as bases da ALIVI (Associação Aliança pela Vida) desde 1988 na cidade de São Paulo. A resposta protestante, apesar de descentralizada, formaliza instituições como a Associação Evangélica de Apoio e Solidariedade a Pessoas com Aids (Praids).

Ao levar em conta a dimensão psicossocial do portador de HIV, as políticas públicas se deparam com valores e normas culturais propiciados também pela religião. Em um projeto de prevenção realizado em Uganda, na África, a avaliação dos riscos de contaminação teve que levar em consideração atitudes, conhecimento e crenças de comunidades islâmicas (KAGIMU; MARUM; SERWADDA, 1995). As práticas de casamento poligâmico, circuncisão e ablução dos mortos entre muçulmanos configuravam como fatores de risco de transmissão, caso não houvesse uma orientação quanto aos procedimentos de esterilização de materiais, à diminuição de parceiros sexuais e às medidas de proteção no manuseio de sangue coagulado dos mortos. Na Irlanda, onde a identidade católica está intimamente ligada à identidade nacional, o tabu da homossexualidade e da educação sexual criava barreiras nas políticas públicas voltadas à prevenção da infecção por HIV (SMYTH, 1998). Somente a partir de 1993 a distribuição de camisinhas foi ampliada, antes restrita apenas a casais casados. A Igreja católica ainda desempenha um papel importante na educação dos jovens irlandeses, inclusive sobre temas de educação sexual.

1.3. Enfrentamento e enfrentamento religioso

1.3.1. Teoria de *Coping*

Para Lazarus e Folkman (1984), *coping* são “esforços comportamentais e cognitivos em constante mudança para lidar com demandas específicas internas e/ou externas que são avaliadas como penosas ou maiores que os recursos da pessoa” (p. 141). Os autores salientam *coping* como um processo e distinguem-no de comportamento adaptativo automático. *Coping* também não é o resultado, mas o empenho para lidar com uma situação de estresse através de pensamento ou ação, não importa sua eficácia. A palavra “lidar” (*manage*) presente na definição de *coping* não deve ser confundida com “domínio” (*mastery*), pois além de controlar, o processo de *coping* inclui tolerar, minimizar e evitar os agentes estressores.

O entendimento de *coping* como processo deve estar atrelado ao que a pessoa está enfrentando, às ações efetivamente empregadas numa situação específica de crise (em contraste com as ações costumeiramente utilizadas pela pessoa em outras situações rotineiras) e às mudanças de estratégias de *coping* quando se revela um confronto estressante. Durante o período em que o confronto a uma situação de estresse perdura, diferentes avaliações e reavaliações cognitivas são processadas e estratégias de *coping* variadas podem ser empregadas ao longo das demandas desse confronto.

As pessoas reagem de diferentes maneiras perante o encontro com uma situação específica de ameaça através da mediação de processos cognitivos e dos fatores que influenciam esses processos. O processo de avaliação cognitiva de uma situação ameaçadora é influenciada por fatores pessoais (entre os quais figuram os sistemas de crença, religiosos ou não) e por fatores situacionais: “a avaliação cognitiva reflete a relação singular e mutativa que toma lugar entre uma pessoa com certas características distintas (valores, empenho, estilos de compreensão e pensamento) e um ambiente cujas características devem ser preditas e interpretadas” (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, p. 24). A teoria de *coping* como processo percorre por diferentes e sucessivas fases de avaliação.

A avaliação primária refere à avaliação do encontro com a situação, julgando-a irrelevante, benigna ou estressante. A avaliação que interpreta a situação como estressante ainda pode incluir o sentido de prejuízo/perda (quando algum dano à pessoa já foi efetuado), ameaça (quando o dano está para acontecer) e desafio (quando há possibilidade de

mobilização da pessoa em lidar ativamente contra a ameaça). Porém, nenhuma situação impele necessariamente a avaliações benignas ou estressantes, ameaçadoras ou desafiadoras. Avaliações benignas de uma situação também podem trazer ansiedade (por exemplo, a notícia de uma gravidez desejada) ou uma avaliação desafiadora ser inclusive ameaçadora (uma promoção profissional que exige novas habilidades e maiores responsabilidades). Emoções e sentimentos de esperança, medo, angústia e confiança estão misturados nas múltiplas percepções que uma situação pode gerir.

A avaliação secundária é um processo avaliativo que leva em conta quais opções de enfrentamento estão disponíveis, “é um juízo que diz respeito ao que deve e pode ser feito” (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, p. 53). É a partir da avaliação secundária que as estratégias de *coping* serão elegidas e aplicadas. Lazarus (1966) identifica os fatores que contribuem para a avaliação secundária, que são o grau de gravidade da ameaça, a viabilidade de opções de ações de *coping*, a localidade do agente estressor (identificação clara ou ambígua da posição do estressor) e as barreiras situacionais (normas sociais que permitem ou desencorajam determinadas formas de *coping*). As avaliações primária e secundária interagem entre si ao modelarem o grau de estresse e a força e conteúdo da reação emocional.

Pargament (1997) inclui a avaliação terciária, em que o indivíduo escolhe uma opção de *coping* obrigatória com o intuito de receber o maior ganho com a menor perda de significado, através do uso dos escassos recursos e acumulação mínima do encargo que carrega. O processo de avaliação terciária envolve estabelecer um acordo entre os prós e os contras das opções de ações disponíveis, em pesar as implicações de uma estratégia de *coping* não apenas em relação às metas que se deseja atingir, mas ao caminho que se deve percorrer até chegar nelas (PARGAMENT, 1997, p. 114).

As formas de *coping* podem ser direcionadas ao problema (agente estressor) ou às emoções que este confronto desperta. O enfrentamento focalizado na emoção abarca um conjunto de estratégias emocionais e cognitivas para administrar as reações emocionais ao estresse e inclui estratégias como evitação, minimização, distanciamento, reavaliação positiva do significado, etc. Esses esforços de *coping* “são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo (...) a função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de *stress*.” (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998, p. 284). As estratégias focalizadas na emoção podem ou não mudar o significado do confronto com a situação estressante, ora

mantendo alguns aspectos significativos temporariamente bloqueados, ora reavaliando positivamente uma situação desagradável. Lazarus e Folkman (1984) salientam que embora os processos focalizados na emoção possam mudar o significado da situação sem distorcer a realidade, há casos em que o auto-engano promove esta distorção, como a recusa em aceitar o pior, a negação de uma doença terminal ou a irrelevância dada a uma situação grave que demanda esforços. Dentro da fenomenologia cognitiva de Lazarus e Folkman, este auto-engano não é possível acontecer com a consciência desperta, mas os processos de avaliação cognitiva não precisam ser conscientes. Os autores argumentam que o auto-engano se estende num contínuo de ilusões pessoais ou sociais, sem no entanto se encaixar em formas patológicas ou saudáveis. Mesmo estratégias como negação não são consideradas *a priori* boas ou ruins, o julgamento de melhor *coping* deve levar em conta o contexto em que a estratégia está sendo empregada.

As estratégias de enfrentamento focalizado no problema lidam diretamente com o estressor. Similar à estratégia de resolução analítica e objetiva de problemas, focalizada no ambiente que os circunda, o processo de enfrentamento focalizado no problema direciona-se inclusive ao ambiente interno do indivíduo. A atenção é voltada à mudança da situação que gerou o confronto estressante, sua função é:

alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. (...) quando o *coping* focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de stress, inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito inter-pessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. O *coping* focalizado no problema, e dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998, p. 284).

É importante haver uma diferenciação entre estratégias e estilos de *coping*. O primeiro diz respeito a ações empregadas a um episódio particular de estresse e o segundo a traços de personalidade em que as ações particulares de *coping* tendem a ser mais empregadas frente a situações de estresse. Os estilos de *coping* “podem refletir a tendência a responder de uma forma particular quando confrontados com uma série específica de circunstâncias” (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998, p. 282) e enquanto os estilos estão ligados a fatores disposicionais do indivíduo, “as estratégias de *coping* têm sido vinculadas a fatores situacionais” (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998, p. 284). Consideramos, portanto, que um estilo particular abarca um conjunto de estratégias

congruentes utilizadas em diferentes situações que formam um traço ou modo de enfrentamento do indivíduo.

Diferenças de gênero em usos de estratégias de *coping* não chegaram a um consenso explicativo, de acordo com algumas hipóteses testadas. A hipótese da socialização sugere que os diferentes modos de enfrentamento em homens e mulheres devem-se ao desenvolvimento em que os gêneros são criados na sociedade, com os homens mais propensos a resolver os problemas e as mulheres a exprimir suas emoções, ao passo que a hipótese da limitação de papéis sublinha que os diversos papéis sociais a que homens e mulheres estão submetidos obrigam-nos a enfrentar diferentes tipos de estressores, mas que os estilos se equivalem ao reagirem a um estressor em comum (STRAUB, 2007). Muitas pesquisas apontam para diferenças ou similaridades de estratégias de *coping* entre gêneros em determinados contextos. Olley e colaboradores (2003) elaboraram um estudo com pacientes homens e mulheres diagnosticados recentemente com HIV na Cidade do Cabo, África do Sul, e observou-se diferença significativa de estratégias de *coping* entre os gêneros: as mulheres tendiam a utilizar mais o planejamento e atividades religiosas nas suas estratégias do que os homens.

Diferenças de *coping* em níveis socioeconômicos distantes são verificadas quando há mais uso de estratégias focalizadas na emoção em indivíduos com baixa renda, em comparação com indivíduos com renda superior, que possuem mais recursos para enfrentar um problema. Mulheres empobrecidas enfrentam maior dificuldade que os homens de mesma renda e por conseguinte apresentam mais estratégias evitativas em relação a AIDS (STEIN; NYAMATHI, 2000¹ apud STRAUB, 2007).

O conceito de *coping* elaborado por Pargament (1997) também advoga como um processo que envolve as dimensões cognitiva, afetiva, comportamental e psicológica do homem, um processo de troca e confronto entre o indivíduo e uma situação de conflito dentro de um ambiente social mais amplo. Este processo ativo abrange escolhas difíceis em ocasiões perturbadoras e

a mais central de todas as qualidades de *coping* é a possibilidade: a possibilidade que a pessoa possa se recuperar de circunstâncias difíceis, que um problema pode ser antecipado, prevenido ou resolvido, que algo positivo

¹ STEIN, J.; NYAMATHI, A. Gender differences in behavioural and psychosocial predictors of HIV testing and return for test results in a high-risk population. **AIDS Care**. (special issue: AIDS Impact), v. 12, p. 343-356, 2000.

pode ser encontrado no sofrimento ou que uma perda devastadora pode ser afrontada por alguma integridade (PARGAMENT, 1997, p.86).

A teoria de *coping* elaborada por Pargament se sustenta por oito suposições descritas abaixo:

Suposição 1: Pessoas buscam por significado

Pargament considera significado como um construto fenomenológico que envolve sentimentos e crenças associados ao que é importante e de valor para o indivíduo. Objetos de significância tais como bens materiais, saúde, família, reconhecimento profissional, etc. são distribuídos hierarquicamente num sistema de significado de acordo com o grau de valor conferido a esses objetos. Quanto mais significante um objeto é, maior a motivação do indivíduo para alcançá-lo e preservá-lo.

Suposição 2: Eventos são construídos em termos de seu significado às pessoas

Os eventos não simplesmente acontecem, mas são criados, antecipados ou planejados de acordo com o significado que os acompanha. Mesmo eventos negativos, ou que não possam ser previstos, são de alguma maneira construídos em termos do prejuízo que potencialmente possam causar aos objetos de significância. O estresse que um evento suscita é determinado pelas avaliações primária e secundária do evento, que também orientarão o processo de *coping*.

Suposição 3: As pessoas carregam um sistema orientador ao processo de *coping*

O sistema orientador consiste em uma moldura de referências cujos conteúdos de hábitos, valores, crenças e personalidade direciona o indivíduo a alguns eventos e o afasta de outros; é o reservatório de recursos (*resources*) e encargos (*burdens*) que podem auxiliar ou dificultar o processo de *coping*. Os recursos, assim como os encargos, podem ser materiais (por exemplo, bens ou dívidas), físicos (saúde ou doença), psicológicos (habilidade ou desajustamento), sociais (apoio ou segregação) e espirituais (envolvimento congregacional ou fanatismo). Recursos e encargos contribuem para a configuração desse sistema de orientação, cujo equilíbrio determina seus pontos fortes e fracos.

Suposição 4: As pessoas traduzem o sistema orientador em métodos de *coping* específicos

Métodos de *coping* são atitudes, pensamentos e interações concretos que ocorrem em situações específicas, traduzidos a partir do sistema de orientação. Para que o sistema de orientação possa ser colocado em prática, os recursos e encargos são avaliados para que o indivíduo possa escolher os métodos de *coping* disponíveis com o intuito de alcançar significado. Caso não haja nenhuma solução atraente, o indivíduo pode escolher enfrentar de uma maneira diferente, modificando o próprio sistema de orientação.

Suposição 5: As pessoas buscam por significado no *coping* através de mecanismos de conservação e transformação

O indivíduo não só enfrenta a situação de estresse como também enfrenta em favor de seus valores mais importantes, seja para conservá-los ou para transformá-los. A conservação é a tendência inicial de *coping*, as pessoas tentam preservar o significado mesmo em condições desesperadoras. Quando os eventos estressantes corroem os objetos de significância, malgrado os esforços para conservá-los, resta ao indivíduo transformá-los. O mecanismo de transformação em *coping* busca mudar o caráter do significado em si, abandonar antigos valores e reconstruir os objetos ao redor de um novo centro de significação. O indivíduo não procura somente conservar ou transformar os objetos de maior significância, mas também seus meios de se atingir o significado, ou seja, seu sistema de orientação composto por seus recursos e encargos. As atividades de *coping* não podem por si só ser identificadas como conservativas ou transformativas. O intuito e propósito no uso dessas atividades, além do contexto de vida do indivíduo, desempenham um importante papel nos objetivos de *coping* para manter ou mudar o significado.

Suposição 6: As pessoas enfrentam em maneiras às quais são compelidas.

Em situações onde os recursos foram esgotados e os encargos aumentam sua pressão sobre o indivíduo, poucas alternativas podem restar a não ser uma total recriação do significado tanto dos métodos quanto dos objetivos de *coping*. A avaliação terciária proposta por Pargament surge como forma de avaliar o equilíbrio dos esforços exigidos e da viabilidade do objetivo perseguido. A interação de forças, que impele à realização de

estimativas entre atividades de *coping*, tende a concluir com a solução que seja menos custosa e mais retentora de significado.

Suposição 7: *Coping* está inserido na cultura.

Nas palavras de Pargament (1997), “a cultura molda os eventos, as avaliações, sistemas de orientação, atividades de *coping*, resultados e objetos de significância” (p. 117). A forma pela qual a sociedade estabelece as metas na vida dos indivíduos, e conseqüentemente os obstáculos os quais devem enfrentar para atingi-las, faz com que os eventos de estresse sejam construídos culturalmente. O significado depositado nos objetos, os valores e aspirações propagados pelas instituições sociais regulam e limitam as atividades de *coping* e definem culturalmente os objetivos considerados significativos. Porém, a cultura não é um pano de fundo estático diante do qual o indivíduo atua, e as mudanças culturais surgem como um novo evento que ele deve lidar.

Suposição 8: A chave para o bom *coping* reside nos resultados e no processo

A abordagem de se avaliar o processo de *coping* através de seus resultados reside na verificação do sucesso das atividades de enfrentamento em atingir seus objetivos. A avaliação dos resultados de *coping* deve ser relevante às demandas de uma situação particular de estresse. Deve estar em acordo com os objetos de significância do indivíduo, ser sensível às possibilidades de sucesso ou fracasso e às mudanças não previstas que surgem no processo. Por fim, a avaliação dos resultados deve estar alerta ao fato de que o processo de *coping* pode surtir diferentes efeitos ao longo do tempo. A avaliação a partir de resultados é uma tarefa complexa que não se limita a verificar os resultados esperados de uma atividade de *coping*. Não é possível encontrar um método de *coping* que seja útil a todas as pessoas para todos os propósitos, “a avaliação do impacto do *coping* nos resultados deve ser sensível às particularidades do indivíduo, da situação e do contexto social” (PARGAMENT, 1997, p. 123). Já a abordagem de avaliação de *coping* a partir do processo considera que o bom enfrentamento é definido pela fluidez e integração equilibrada de seus elementos (significado, avaliações cognitivas, sistema orientador com seus recursos e encargos, etc). Cada abordagem (no resultado ou no processo) adiciona uma perspectiva importante e em muitas ocasiões há convergência entre elas.

1.3.2. *Coping* Religioso

Pargament salienta que *coping*, assim como a religião, é um fenômeno multidimensional. O processo de *coping* envolve múltiplas áreas que extrapolam a relação do sujeito perante o agente estressor e para entendermos como o fenômeno religioso converge com o processo de *coping*, é preciso conhecer a pessoa, a situação e o contexto social. A religião, assim como *coping*, é uma busca pelo significado, objetivo que para ser atingido o indivíduo mobiliza-se intencionalmente para conquistar ou preservar este significado, conforme a Suposição 1 descrita anteriormente. A religião participa do processo de *coping* sob determinadas circunstâncias. É necessário, antes de tudo, que a religião faça parte do sistema orientador da pessoa, como descreve a Suposição 3. A religião compartilha com outros recursos disponíveis do indivíduo, compondo alternativas que podem ser utilizadas ou não no enfrentamento a alguma ameaça a seu bem-estar. Não basta, portanto, a religião ser apenas um elemento na vida do indivíduo que lhe ofereça identidade a um grupo, mas deve ser também uma ferramenta acessível àqueles que fazem das práticas e crenças religiosas parte de seu sistema orientador no processo de *coping*. Para Pargament, Koenig e Perez (2000), não basta saber que o indivíduo reza, vai à igreja ou vê programas religiosos na televisão. Medidas de enfrentamento religioso especificam melhor a maneira como a religião é utilizada por ele para entender e lidar com os estressores.

O que fará com que o indivíduo escolha os recursos religiosos dentre as outras alternativas não-religiosas de enfrentamento, configurando o *coping* religioso propriamente dito, é quando o seu uso se fará de maneira mais urgente e coativa perante as demais alternativas. É o que Pargament menciona no processo de avaliação terciária, a escolha da alternativa mais urgente em face a situações-limite. Porém, pessoas que adotaram a religião como fundamento central em suas vidas são mais propensas a utilizar de seus recursos também para situações ordinárias. Outras situações podem mesmo afastar a religião do rol de alternativas disponíveis, até entre os que escolheram a vida do sacerdócio. É o caso, por exemplo, de celibatários que abandonaram a vida monástica porque o isolamento social lhes custava outros objetos de significância mais relevantes em suas vidas: o engajamento na vida secular, o estabelecimento de relações afetivas, etc. Crises severas contribuem a outra dissociação da religião com o processo de *coping* quando Pargament cita estudos realizados entre ateus que perderam os pais precocemente e entre soldados que vivenciaram situações

extremas de guerra para exemplificar casos em que a situação acaba por questionar inclusive o referencial religioso. Sendo assim, “enquanto as crises da vida podem pender uma pessoa próxima ou distante da religião, a direção dependerá não apenas do evento isolado, mas da relação entre o evento e o que a pessoa traz consigo a ela” (PARGAMENT, 1997, p. 161).

E qual o papel da religião no processo de *coping*? Muitos estudos e teorias na literatura delimitaram sua função na redução da tensão causada por um evento estressante, reservando as práticas religiosas às estratégias de *coping* focalizada na emoção. Também não é difícil encontrar relatos de funções de evitação, distorção da realidade e resistência a mudanças sociais embasadas pela religião. Porém, a função da religião não se esgota a estes fins de alívio de cargas emocionais ou fuga do agente estressor. Sua função se expande a diversos objetos de significância inclusive de maneira ativa e não apenas passiva. A religião vista apenas como defesa pode servir para repelir alguma ansiedade, mas fracassa ao lidar com o problema e, por conseguinte, sua solução (PARGAMENT; PARK, 1995). O caráter multidimensional do *coping* religioso atende às pessoas “na busca por uma variedade de fins significativos em tempos de estresse: um sentido de significação e propósito, conforto emocional, controle pessoal, intimidade com outros, saúde física ou espiritualidade” (PARGAMENT et al., 1998, p. 711). As metas do *coping* religioso vão além do conforto e alívio, inclui tanto métodos passivos quanto ativos de enfrentamento e o indivíduo recorre a seus recursos religiosos não apenas como reação defensiva diante de uma crise, mas realiza um processo de *coping* focalizado nos mais difíceis problemas que tem que lidar. Dessa forma, “definir *coping* religioso como passivo não é incorreto. É incompleto. Submissão e complacência a Deus são só duas das muitas faces da religião” (PARGAMENT, 1997, p. 183).

As estratégias de *coping* religioso são variadas, assim como as estratégias onde não há o envolvimento do sagrado. Três estilos de *coping* foram formulados a partir de um estudo com membros de uma igreja presbiteriana e outra luterana (PARGAMENT et al., 1988). Os estilos de enfrentamento referem-se a padrões de solução de problemas relativamente consistentes diante de situações adversas e distintas. Um dos estilos é auto-diretivo (*self-directing*), em que a responsabilidade na resolução do problema está no indivíduo. Não é um estilo não-religioso, pois considera-se que nesse caso Deus oferece liberdade e habilidades ao indivíduo enfrentar as situações de crise sozinho. Outro estilo é o delegante (*deferring*). Nessa perspectiva, o ator responsável é a própria divindade que deve agir pelo indivíduo, que

espera o sinal ou a solução passivamente. Por outro lado, no estilo colaborativo (*collaborative*) a responsabilidade é compartilhada entre o indivíduo e Deus, a divindade é vista como parceira na resolução dos problemas.

Esses estilos refletem um modo de envolvimento do indivíduo com a religião e, por conseguinte, uma maneira peculiar de integrá-la no processo de *coping*. Verificou-se nesse estudo de Pargament e colaboradores (1988) que o estilo auto-diretivo apresentou correlações negativas quanto à frequência de orações, ortodoxia doutrinária, controle divino, e correlações positivas quanto à competência de resolução de problemas. Já no estilo delegante houve índices maiores de religiosidade extrínseca (orientada para interesses pessoais de sociabilidade e práticas religiosas com fins utilitários) e confiança no controle divino, menor uso de habilidades ativas na resolução de problemas, auto-estima diminuída. O estilo colaborativo, por sua vez, salientou a religiosidade intrínseca (orientada para o desenvolvimento espiritual), confiança no controle pessoal, boa auto-estima, eficácia de atitudes em direção à situação de crise. Pesquisas posteriores contribuíram para a investigação de outras modalidades de estratégias de *coping* religioso, além de esmiuçar estilos descritos anteriormente. Por exemplo, Phillips III e colaboradores (2004) elaboraram instrumentos e pesquisaram sobre outras modalidades contidas no estilo auto-diretivo, avaliando que há concepções diferentes nesse modo de agir independente do recurso religioso. Nesse estilo, há a possibilidade do sujeito enfrentar sem o auxílio divino devido a percepções variadas de que Deus conferiu habilidade e liberdade ao indivíduo agir sozinho, de que Deus abandonou o indivíduo ou de que apoia, mas não intervém. Essas percepções podem levar a diferentes implicações na avaliação e nos resultados de *coping*. Kwilecki (2004) também registrou formas de *coping* através dos rituais mágicos e da experiência religiosa.

É importante enfatizar que os estilos de *coping* religioso não devem ser associados a traços rígidos de personalidade. Como dito anteriormente, o processo de *coping* religioso depende também da situação de crise e do contexto. Uma mesma pessoa poderá utilizar outras estratégias, conforme a situação exigir e seus recursos que costuma solicitar não mais responderem adequadamente à situação.

Em termos de resultados, o *coping* religioso pode ser eficiente ou não, suceder bem em algumas dimensões afetadas pela crise e fracassar ou mesmo agravar outras. Para decifrar a chave do bom resultado do processo de *coping* religioso “é importante aprender mais sobre

os fatores que determinam o modelo de religião e, mais especificamente, se toma formas efetivas ou não” (PARGAMENT; PARK, 1995, p. 28). Estes fatores estão na situação que despertou o enfrentamento (ritos de passagem, luto, desemprego, doença), no contexto onde o indivíduo interage seus símbolos socialmente (instituições, valores, normas) e enfim na pessoa com seu sistema orientador (recursos e encargos disponíveis).

As pesquisas que definem os padrões de *coping* religioso positivo ou negativo estão calcadas na avaliação de determinados resultados de *coping*, como por exemplo, indicadores de saúde e qualidade de vida. De acordo com esses resultados, os padrões de estilo de *coping* positivo envolvem uma expressão de espiritualidade, segurança no relacionamento com Deus, e conexão espiritual com outros, que estão associados a melhor qualidade de vida. Por outro lado, os padrões de *coping* religioso negativo de relação conflitante com Deus, visão pessimista do mundo e desconforto espiritual associam-se a índices mais baixos de qualidade de vida (PARGAMENT et al., 1998). De maneira geral, consideramos que o que define se uma estratégia de *coping* será positiva ou negativa, é saber em qual medida essa estratégia dispõe a religião como meio e recurso de se enfrentar ou aliviar de um problema, ou se a religião deixa de ser um recurso para se tornar um encargo, ou mesmo um agente estressor. Diversas estratégias e estilos podem considerar a figura divina como apoiadora ou ameaçadora, aliviadora ou autoritária, presente ou ausente; se a instituição religiosa propicia integração ou segregação, acolhimento ou rechaço. Por exemplo, o enfrentamento a um problema de saúde pode não ser eficiente ou mesmo prejudicial quando os encargos da religião dissuadem o indivíduo a procurar um tratamento médico e secular adequado, ou se o significado dado à doença possui uma origem punitiva e divina a qual o indivíduo deve se submeter. Assim sendo, na visão do indivíduo a doença deixa de ser o agente estressor para se tornar o desdobramento de uma relação disfuncional com o sagrado.

Outro estudo realizado por Bjorck e Thurman (2007), com 337 membros de igrejas protestantes no sul da Califórnia (EUA), atesta o maior uso de *coping* religioso positivo do que negativo em resposta ao estresse em geral, condizendo com estudos anteriores (FARIA, 2004; PANZINI, 2004; PARGAMENT, KOENIG, PEREZ, 2000; PARGAMENT et al., 1998). Uma tendência observada no uso de *coping* religioso foi o aumento dessas estratégias tanto negativas quanto positivas conforme os eventos negativos aumentavam. Porém, nos casos onde não houve alívio mas continuidade do estresse, apesar dos esforços de enfrentamento, os sujeitos tendiam a reavaliar sua visão de Deus e utilizar estratégias mais

negativas. O *coping* religioso negativo esteve relacionado com um aumento de depressão e decréscimo de satisfação com a vida. Por outro lado, *coping* religioso positivo ajudou a aliviar sintomas de depressão diante dos eventos negativos. Sendo assim, os autores sugerem que minimizar o *coping* religioso negativo é tão ou mais importante que promover o uso de *coping* religioso positivo.

Uma revisão de estudos em artigos científicos sobre religiosidade e saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006), verificou que o envolvimento religioso se relacionava a menores índices de abuso de substâncias entorpecentes. Religiosidade de orientação intrínseca se associava a menores sintomas de depressão (por outro lado, as modalidades de religiosidade extrínseca e de *coping* religioso negativo relacionavam-se ao incremento dos sintomas depressivos). Ideação suicida também era menor em pessoas com mais comprometimento religioso. Por outro lado, é comum a utilização de elementos religiosos nos delírios em pacientes psicóticos, que fazem “uma leitura idiossincrática dos símbolos e mitos presentes na cultura religiosa de seu meio” (DALGALARRONDO, 2008, p. 219).

1.4. *Coping*, saúde, religião e AIDS

Alguns estudos já salientaram a importância de se investigar a dimensão religiosa de portadores de HIV/AIDS na participação de estratégias de enfrentamento. Em estudo realizado com 241 pacientes soropositivos acompanhados por serviço ambulatorial no Distrito Federal, as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos sujeitos foram as focalizadas no problema e de busca de práticas religiosas (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005), esta última ainda mais frequente entre pessoas com baixa escolaridade.

Em outra pesquisa realizada com 110 pessoas soropositivas de Brasília (FARIA, 2004), o componente afetivo do bem-estar subjetivo em portadores de HIV não esteve relacionado à afiliação religiosa ou à frequência de práticas religiosas, mas “o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e de enfrentamento religioso positivo esteve associado à expressão do afeto positivo” (p.85). Nessa mesma pesquisa sobre enfrentamento religioso e bem-estar subjetivo em pacientes portadores de HIV/AIDS, o padrão positivo de enfrentamento religioso esteve associado à frequência elevada de práticas religiosas em geral.

Em uma revisão na literatura sobre HIV e religião, Pargament e colaboradores (2004) avaliam que os recursos espirituais contêm um valor estimado para pessoas com HIV, confirmando estudos como o de Siegel e Schrimshaw (2002) entre pessoas HIV+ com mais de 50 anos de idade, mas que para outros indivíduos soropositivos, a religião pode representar uma fonte de dor e conflitos. Em todo caso, “sendo um recurso ou um encargo, a dimensão espiritual do [portador de] HIV pode carregar implicações significativas para o tratamento” (PARGAMENT et al., 2004, p. 1203). Paiva (1998) considera que o recurso à religião no enfrentamento do HIV e da AIDS não é imprescindível, pois outras estratégias não religiosas de *coping* são possíveis de serem empregadas, mesmo entre pessoas praticantes de alguma religião. As pesquisas apontam para diferentes caminhos do enfrentamento religioso que levam à boa ou má qualidade de vida em portadores de HIV, e a psicologia estará limitada a investigar o caráter secular do enfrentamento religioso (PAIVA, 2007), embora o sagrado, para Pargament, ainda seja o fundamento desse processo.

2. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

O principal objetivo deste estudo transversal é averiguar os estilos de enfrentamento religioso em pacientes homens, portadores de HIV/AIDS e usuários da Casa da Aids, que declararam pertencer às religiões católica e evangélica. Dada a variedade de práticas religiosas, cabe perguntar que características essas práticas assumem no combate à doença, a quais métodos de enfrentamento mais se recorre. O foco da pesquisa será elucidar as tendências dos principais estilos de *coping* religioso entre homens portadores de HIV, pertencentes às religiões católica e protestante pentecostal ou neopentecostal, atendidos em um serviço de saúde da metrópole de São Paulo. Essas tendências serão relacionadas com outros dados coletados, a saber: a frequência de comparecimento a igrejas, a presença de conversão religiosa, o nível de escolaridade, a decorrência ou não de sintomas pelo agravamento da doença, o uso ou não de medicamento antirretroviral. A diversidade do enfrentamento religioso, concomitante com as outras dimensões de escolaridade, atividades religiosas e características clínicas da infecção por HIV, poderá acrescentar novas estratégias de intervenção e suporte aos agentes de saúde e às lideranças religiosas sensíveis à problemática da AIDS.

Após a administração da TARV aos portadores de HIV/AIDS, a cronicidade da doença exigiu um tratamento longo e persistente, acarretando a necessidade de avaliação contínua e acompanhamento dos aspectos psicossociais dos portadores (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005). Um desses aspectos psicossociais que o portador de HIV/AIDS pode valorizar é sua experiência religiosa e espiritual, com seus diversos desdobramentos na busca pelo suporte social e congregacional, na procura de atendimento espiritual, nas atitudes diante da doença cujo sentido encontra espaço em um referencial religioso. É possível que a relação médico-paciente se depare com questões religiosas, pois “a espiritualidade do paciente frequentemente influencia escolhas do tratamento e provê recursos durante doenças graves. Uma abordagem prática e baseada nas evidências, ao discutir assuntos espirituais com alcance apropriado, pode aprimorar o encontro clínico” (BOSWORTH, 2006, p. S3).

Como estratégia de adesão, “a avaliação médica e psicossocial do paciente permitem identificar os modos de enfrentamento, as dificuldades de aceitação e de viver com esse diagnóstico. A equipe de saúde deve levar em consideração esses aspectos na elaboração do plano terapêutico” (BRASIL, 2008, p. 17). Um dos aspectos pessoais que deve ser levado em

conta é a dimensão religiosa e espiritual do contexto de vida do portador de HIV/AIDS. A inserção nos prontuários médicos da afiliação religiosa do paciente pode elucidar tendências de *coping*, quando o paciente valoriza e recorre aos recursos do enfrentamento religioso para lidar com uma situação de crise. Determinadas tendências de *coping* religioso, quando explicitadas ou latentes no discurso do paciente e integradas à sua visão da doença, podem servir de alerta ou de auxílio às estratégias de intervenção que a equipe de saúde realiza com o portador de HIV/AIDS.

3. MÉTODO

Muitas pesquisas na área da religião dividem-se entre o dilema da abordagem metodológica idiográfica (qualitativa, subjetiva e descritiva) e nomotética (quantitativa, objetiva e estatística). Porém, “tal distinção é, em grande parte, extremada, ingênua e irreal” (SPILKA et al., 1985, p. 322). A averiguação do enfrentamento religioso em grupos de homens católicos e evangélicos foi alicerçada na utilização da Escala de *Coping* Religioso Espiritual Breve. Aliado ao uso quantitativo dos dados, o debate entre o enfrentamento religioso com a bibliografia sobre o tema servirá de apoio à discussão com outras pesquisas de metodologia tanto quantitativa quanto qualitativa, para analisar os aspectos psicossociais da religião envolvidos no processo de *coping* dos usuários.

Através do contato com usuários do Serviço de Extensão ao Atendimento de Paciente HIV/AIDS (Casa da AIDS), do Hospital das Clínicas da FMUSP (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), em São Paulo, selecionamos os voluntários que ingressaram em um dos dois grupos de religiões cristãs (catolicismo e protestantismo pentecostal ou neopentecostal), mediante auto-declaração de filiação religiosa. Essa abordagem foi realizada com pacientes que comparecem ao Serviço para realizar consulta médica de rotina ou para retirar medicamento. A princípio elaboramos cartões com dados preenchidos pelo usuário (nome, prontuário, filiação religiosa, telefone), mas dada a periodicidade variável de retorno ao serviço por cada usuário (de 1 semana a 3 meses), optamos pela abordagem direta, apresentando o estudo e perguntando se havia disponibilidade de responder à pesquisa no mesmo dia. Procuramos comparecer em períodos distintos de funcionamento da Casa da AIDS, de manhã, tarde e noite.

A Casa da AIDS, localizada na região central de São Paulo (rua Frei Caneca, número 557), funciona desde 1994 e dá continuidade ao tratamento a usuários que já vinham sido atendidos anteriormente em outras unidades de saúde. O serviço funciona das 8:00 às 20:00 horas e possui em seu corpo clínico uma equipe formada de médicos, nutricionistas, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos. Há mais de 3000 pacientes em acompanhamento regular e a média de idade dos usuários é de 42 anos, a maioria do sexo masculino (70%), com longo período de seguimento no serviço (média de 7 anos) e o meio predominante de exposição ao HIV é sexual (GUTIERREZ, 2007).

Os usuários que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III), responderam a um Formulário Geral (ANEXO I) e à Escala de *Coping* Religioso Espiritual Breve CRE-Breve (ANEXO II). A pesquisa obteve aprovação pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 6 de agosto de 2008 (ANEXO IV).

3.1. A Escala CRE-Breve e Formulário Geral

A Escala CRE-Breve foi desenvolvida por Panzini e Bandeira (2005) a partir da Escala Brief-RCOPE elaborada por Pargament. Essa escala de tipo Likert de 5 pontos consiste em 49 itens. Os itens estão agrupados em 11 fatores principais de *coping* religioso (7 fatores positivos e 4 negativos). Tal escala tem por objetivo identificar o estilo preponderante da pessoa e seus itens são agrupados nos seguintes fatores positivo e negativo:

FATORES POSITIVOS

- P1: Transformação de si e/ou de sua vida;
- P2: Ações em busca de ajuda espiritual;
- P3: Oferta de ajuda ao outro;
- P4: Posicionamento positivo frente a Deus;
- P5: Ações em busca do outro institucional;
- P6: Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade;
- P7: Busca pessoal de conhecimento espiritual.

FATORES NEGATIVOS

- N1: Reavaliação negativa de Deus;
- N2: Posicionamento negativo frente a Deus;
- N3: Insatisfação com o outro institucional;
- N4: Reavaliação negativa do significado.

Uma das versões da escala original de Pargament (1998) da Brief RCOPE continha 14 itens e dividia-se apenas nos fatores positivo ou negativo. A escala elaborada por Panzini

e Bandeira (2005) acrescentou mais itens da versão completa de RCOPE, que já havia sido traduzida e adaptada na Escala CRE (PANZINI, 2004). A versão presente da escala CRE Breve possibilita o agrupamento de itens numa matriz fatorial. A tradução e a adaptação à realidade religiosa brasileira consideraram a manifestação de outras práticas religiosas e entidades alheias à tradição judaico-cristã, mas as estratégias de *coping* permanecem no geral fiéis àquela tradição.

Através da análise estatística apropriada, traçamos os perfis e as correlações e associações possíveis com outros dados do Formulário Geral. Esse formulário possui 25 itens que contêm dados sobre idade, estado civil, escolaridade, vida religiosa e caracterização clínica do portador de HIV.

Adaptamos as orientações de preenchimento da escala para a situação de vida do portador de HIV/AIDS. Solicitamos que os usuários respondessem à escala CRE Breve atentos ao seguinte enunciado: “considere os momentos mais difíceis que teve que suportar, como por exemplo a suspeita de que era portador, a confirmação do diagnóstico, as dificuldades que teve que enfrentar quanto aos problemas de saúde, discriminação, adaptação ao tratamento e medicamentos e ameaças ao seu bem-estar. Estas dificuldades podem envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que acha importante”. Essas orientações foram fundamentais para que o usuário percorra na memória os momentos de crise que passou enquanto portador de HIV/AIDS. Abrimos às múltiplas áreas que a doença interfere (expectativas, qualidade de vida, rede social, sexualidade, preconceito, tratamento) pois a multidimensionalidade da doença, atrelada ao processo de *coping*, não permite o isolamento de seus aspectos. A AIDS é capaz de despertar diferentes situações de crise em cada um desses aspectos.

4. RESULTADOS

Dos 80 questionários e formulários preenchidos (50 católicos e 30 evangélicos), o perfil da amostra configura-se da seguinte forma: a média de idade dos entrevistados é de 42,4 anos (idade mínima 29 e máxima 64 anos), 68,8% são solteiros, seguidos de 15% de casados, 8,8% de separados e 7,5% que declararam morar com companheiro(a). A escolaridade está distribuída no gráfico 2:

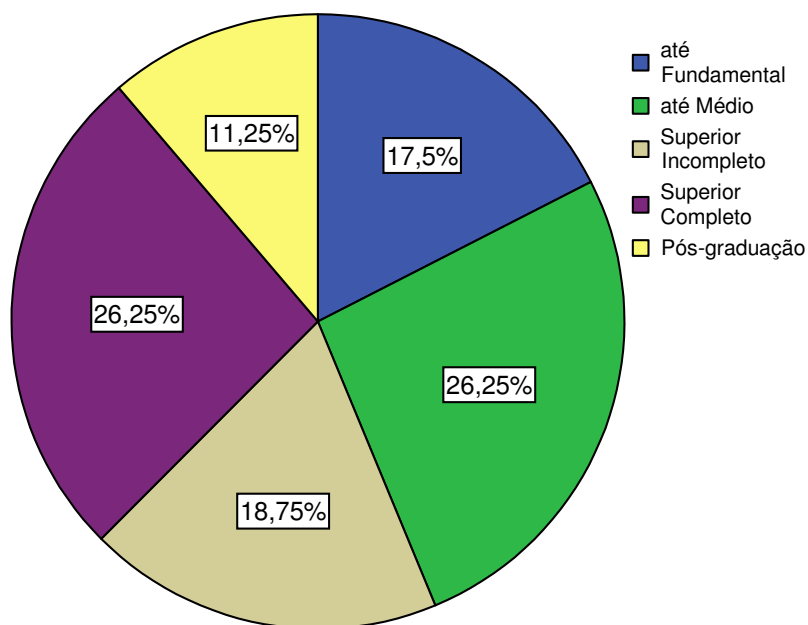


Gráfico 2: Distribuição da escolaridade da amostra

A escolaridade em cada grupo religioso apresentou diferença significativa entre os que frequentam ensino superior, conforme mostra a tabela 2 abaixo.

Tabela 2: Escolaridade e Religião declarada

	Católico		Evangélico	
	N	%	N	%
até Fundamental	6	12,0	8	26,7
até Médio	10	20,0	11	36,7
Superior Incompleto	12	24,0	3	10,0
Superior Completo	18	36,0	3	10,0
Pós-graduação	4	8,0	5	16,7

Através de teste qui-quadrado, verificou-se diferença significativa entre os grupos católico e evangélico da amostra que possuem formação de nível superior completo ($\chi^2=12,329$, $gl=4$, $p=0,015$). De maneira geral, nota-se que 56,2% da amostra possui no mínimo ensino superior incompleto, evidenciando um alto nível educacional entre os participantes.

O local de nascimento dos entrevistados concentra-se no estado de São Paulo (65%). Em valores aproximados, os demais participantes são provenientes de outros estados da região sudeste (5%), da região nordeste (22,6%), da região sul (3,7%), da região norte (2,5%) e da região centro-oeste (1,2%).

A média de tempo de diagnóstico de HIV é de 10 anos, com valor mínimo de 1 mês de diagnóstico e valor máximo de 25 anos. Considerando o longo tempo de convívio com a doença, a média da amostra revela que os métodos de enfrentamento exigiu um trabalho de memória dos entrevistados quanto aos momentos mais difíceis de crise que tiveram de suportar. Cerca de 30% da amostra se infectou antes do surgimento da TARV.

A quase totalidade da amostra faz uso da terapia antirretroviral (95%), o tempo de uso da TARV é de em média 8,5 anos (em meses, média=102,07; $dp=52,07$) e utiliza o serviço do Hospital das Clínicas em média no mesmo período (em meses, média=104,16; $dp=53,74$).

A principal categoria de exposição ao vírus do HIV foi por via sexual (73,8%), enquanto que 18,8% dizem não saber como se infectaram com o vírus HIV. Os contaminados por transfusão de sangue correspondem a 2,5% da amostra e os contaminados por drogas injetáveis a 1,3%. Cerca de 61,3% disseram que já estiveram doentes em decorrência da infecção por HIV e 23,8% já fizeram ou fazem uso de algum tipo de tratamento alternativo ou caseiro. Os entrevistados que já buscaram apoio em outras instituições, além do serviço de

saúde multiprofissional oferecido pelo HC (Hospital das Clínicas), corresponde a 34% da amostra. Desses entrevistados, um terço dos evangélicos e 16% dos católicos disseram que procuraram apoio em igreja ou instituição religiosa. Em seguida, cerca de 16% de ambos os grupos disseram que procuraram apoio em ONG ou grupo de AIDS. Esses dados mostram uma grande procura, principalmente entre evangélicos, por apoio em instituições religiosas em paralelo ao serviço de saúde.

Sobre as práticas religiosas, a frequência de comparecimento aos templos religiosos está distribuída proporcionalmente na Tabela 3.

Tabela 3: Frequência de comparecimento a Igrejas

	Católico		Evangélico	
	N	%	N	%
Nunca	4	8,0	1	3,3
1 a 5 vezes/ano	13	26,0	3	10,0
1 vez/mês	5	10,0	4	13,3
2 a 3 vezes/mês	8	16,0	2	6,7
1 vez/semana	10	20,0	7	23,3
Mais de 1 vez/semana	7	14,0	13	43,3
Necessidade/desejo	3	6,0		

A maior frequência de comparecimento foi do grupo evangélico: 43% dos fiéis pentecostais e neopentecostais frequentam a igreja mais de uma vez por semana, havendo uma diferença significativa em comparação ao grupo católico que frequenta a igreja na mesma periodicidade ($\chi^2=12,897$, $gl=6$, $p=0,045$). A maior parcela dos católicos frequenta a igreja de 1 a 5 vezes por ano (26%).

Quanto às práticas religiosas, houve de maneira geral coerência entre os rituais preconizados por cada religião e a religião auto-declarada do sujeito, embora haja outras práticas alheias à tradição católica e pentecostal que também foram enunciadas. A utilização de diferentes práticas nos grupos católico e evangélico estão distribuídas na Tabela 4:

Tabela 4: Práticas religiosas entre católicos e evangélicos

	Católicos (%)			Evangélicos (%)		
	Sim	Não	Às Vezes	Sim	Não	Às Vezes
Oração/Reza	90	-	10	80	-	20
Promessa	40	44	16	16,7	76,7	6,7
Passe	20	68	12	3,4	96,6	-
Jejum	12	74	14	23,3	60	16,7
Leitura bíblica	62	18	20	76,7	3,3	20
Participação	32	50	18	46,7	43,3	10
Oferendas	30	64	6	3,3	96,7	-
Outro templo	20	64	16	16,7	73,3	10

Dos que oram ou rezam, 90% dos católicos e 80% dos evangélicos responderam que sim, contra 10% dos católicos e 20% dos evangélicos que responderam “às vezes”. Nenhum dos dois grupos houve quem respondesse que não tem o hábito de orar ou rezar. A diferença é significativa entre os que fazem promessa ($\chi^2=8,130$, $gl=2$, $p=0,017$), 40% dos católicos afirmaram que fazem promessa contra 16,7% dos evangélicos que relataram utilizar da mesma prática. A diferença também é significativa ($\chi^2=8,998$, $gl=2$, $p=0,011$) entre os católicos que tomam passe (20%) comparados com a proporção de evangélicos que também tomam passe (3,7%). Já a proporção de evangélicos que praticam o jejum é de 23,3% contra 12% de católicos. Dos que costumam ler a Bíblia, 62% dos católicos responderam que sim, 18% disseram não ter costume de leitura de textos sagrados e 20% disseram ler às vezes. Entre os evangélicos, 76,7% responderam sim, 3,3% disseram não ler e 20% liam às vezes. A participação em atividades com o grupo religioso nas igrejas (festas, grupos de oração, campanhas, viagens, etc) é apontada por 32% dos católicos e 46,7% dos evangélicos. Os que

não participam de qualquer atividade correspondem à metade da amostra dos católicos e a 43,3% dos evangélicos; os que participam esporadicamente são 18% de católicos e 10% de evangélicos. Dentre os que afirmaram que fazem oferendas a diferença foi significativa entre católicos e evangélicos ($\chi^2=11,091$, $gl=2$, $p=0,004$): 30% da amostra de católicos afirmou realizar oferendas (velas e outros) contra apenas 3,3% dos evangélicos, enquanto que 64% dos católicos disseram não fazer oferendas, prática também negada por 96,7% dos evangélicos. Dos que frequentam templos de outras religiões, 20% dos católicos disseram frequentar, 64% não frequentam e 16% disseram frequentar às vezes. A proporção de evangélicos que afirmaram frequentar algum templo de outra religião foi de 16,7%, enquanto que os que não frequentam é de 73,3% e 10% dos evangélicos disseram frequentar esporadicamente algum templo de outra religião.

Os resultados referentes ao *coping* religioso da amostra mostraram que a média de *coping* religioso-espiritual total (incluindo o *coping* positivo e os valores invertidos de *coping* negativo) foi de 3,66 (Tabela 5). O CRE total (CRETOT) é “o índice que apresenta o panorama conjunto da quantidade de CRE praticado pelo avaliado” (PANZINI, 2004, p.106). A média dos fatores de *coping* positivo (CREP) foi de 3,05 e a média dos fatores de *coping* negativo (CREN) foi de 1,73. Houve diferença significativa entre as médias de *coping* religioso positivo de católicos e evangélicos, através de análise feita por teste t ($t = - 2,801$, $gl=78$, $p=0,006$). Já a diferença entre médias de *coping* negativo (CREN) não obteve homogeneidade de variâncias pelo teste de Levene ($F=9,444$, $p=0,003$), mas pelo teste t não-paramétrico a diferença obteve significância ($t= - 2,904$, $gl=37,924$, $p=0,006$).

Tabela 5: Índices de *coping* religioso entre católicos e evangélicos

RELIGIÃO		CRETOT	CREP*	CREN	RazCRENP
Católico	Média	3,6736	2,8953	1,5480	,5578
	Desvio Padrão	,36472	,69525	,43816	,17882
Evangélico	Média	3,6430	3,3304	2,0444	,6115
	Desvio Padrão	,37280	,63226	,87263	,21335
Total	Média	3,6621	3,0585	1,7342	,5779
	Desvio Padrão	,36572	,70106	,67609	,19294

* Índice com diferença significativa pelo teste t

Para saber se a utilização pelo indivíduo de estratégias de *coping* religioso total lhe traz consequências negativas ou positivas, “o índice Razão CREN/CREP [RazCRENP] (...)

fornece tal proporção e postula-se, teoricamente que, a proporção mínima necessária para se obter um balanço positivo para o indivíduo seria de 1 CREN: 2 CREP, refletindo um valor Razão CREN/CREP=0,50". (PANZINI, 2004, p. 165). Este dado fornece um apoio para previsão de uso de *coping* religioso e qualidade de vida. Quanto maior for o uso do *coping* religioso positivo em relação ao *coping* religioso negativo, maior será a correlação positiva com índices de qualidade de vida mais elevados. Porém, a autora alerta que este parâmetro proporcional ainda carece de uma confirmação empírica a partir de estudos futuros (PANZINI, 2004).

Observamos na amostra que houve índices de Razão CREN/CREP maiores que 0,50 em todos os grupos, acentuado no grupo evangélico. Porém, não é possível determinar neste estudo as consequências benéficas ou não das estratégias de *coping*, uma vez que não foram avaliados quais aspectos da doença e da qualidade de vida do sujeito portador de HIV/AIDS sofreram maior influência do *coping* religioso. As situações de crise do portador de HIV podem ser múltiplos e abranger diversas áreas do bem-estar do indivíduo (saúde física e mental, relacionamento familiar e social, sexualidade, etc.) que fazem parte da qualidade de vida em geral. Ao lembrar os momentos de crise, estratégias de *coping* negativo tendem a ser mais utilizadas quando eventos negativos persistem, conforme já enunciado (BJORCK; THURMAN, 2007), e o sujeito ao atravessar diversas crises durante seu convívio com o vírus pode enfatizar estas estratégias de reavaliação negativa no *coping* religioso. Seria, portanto, necessário investigar quais áreas da qualidade de vida do indivíduo que podem ou não ser influenciadas pelos usos de CRE em um episódio de crise específico. Também é importante notar que, embora se observe uma razão CREN/CREP ligeiramente maior que a proporção 1:2, não significa que haja piora na qualidade de vida do sujeito que emprega o *coping* religioso. Em alguns casos, este índice superior a 0,50 pode refletir a ausência de benefícios mais destacados à qualidade de vida, provenientes de um peso maior de métodos de *coping* religioso positivo em relação aos métodos negativos, sem no entanto condicionar a presença do prejuízo dos últimos.

Através do teste ANOVA verificou-se que houve diferença significativa entre as variáveis CREP e frequência de comparecimento a templo religioso ($F=3,657$, $p=0,003$). O teste post-hoc Bonferroni mostrou que há diferença de CREP entre sujeitos que frequentam algum templo religioso de 1 a 5 vezes ao ano e os que frequentam mais de uma vez por semana ($p=0,002$). Os fatores de *coping* positivo que mais estiveram relacionados com a

frequência a templos religiosos foram P1 ($F=4,152$, $p=0,001$), P5 ($F= 4,559$, $p=0,001$) e P7 ($F=3,664$, $p=0,003$). O teste Bonferroni mostrou que a principal diferença é encontrada entre os que frequentam igrejas de 1 a 5 vezes ao ano em relação aos que frequentam igrejas uma vez ou mais de uma vez por semana, nos três fatores acima mencionados (tabela 6). Houve diferença significativa quanto ao fator negativo N2 e frequência de comparecimento a igrejas ($F=2,841$, $p=0,015$), mas as faixas de comparecimento com diferença estatística só foram detectadas pelo teste post-hoc LSD. De acordo com este teste, os que comparecem 1 vez ao mês ou 2 a 3 vezes ao mês divergiram significativamente com os que frequentam 1 vez por semana ($p=0,014$) ou mais de uma vez por semana ($p=0,008$). Os que se apresentam ocasionalmente por necessidade ou desejo também apresentaram diferença estatística com os que comparecem às igrejas uma vez por semana ($p=0,020$) e mais de uma vez por semana ($p=0,014$).

Tabela 6: Fatores de CREP com diferença significativa quanto a frequência de comparecimento a igrejas

Fator de CREP	Frequência de comparecimento a igrejas	Frequência comparada	Post-Hoc Bonferroni (p)	F (ANOVA)	p (ANOVA)
P1	1 a 5 vezes/ano	1 vez/semana	,041	4,152	,001
		Mais de 1 vez/semana	,000		
P5	1 a 5 vezes/ano	1 vez/semana	,027	4,559	,001
		Mais de 1 vez/semana	,008		
P7	1 a 5 vezes/ano	1 vez/semana	,013	3,664	,003
		Mais de 1 vez/semana	,046		

Já as médias de *coping* negativo e de *coping* total não apresentaram diferenças significantes, o que permite inferir que os extremos de frequência de comparecimento religioso estabelecem uma relação com diferentes gradações no uso do enfrentamento religioso positivo. Este dado é coerente com a maior frequência de evangélicos que comparecem mais de uma vez por semana às igrejas e com sua utilização maior de CREP em comparação aos católicos.

Comparativamente, as diferenças de CRE entre os grupos católico e evangélico foram significativas nos fatores P1, P5, P7, N2, N4. A comparação das médias dos fatores de *coping* religioso positivo entre católicos e evangélicos encontra-se na tabela 7, e a comparação das médias dos fatores de *coping* religioso negativo estão na tabela 8.

Tabela 7: Fatores positivos de *coping* religioso por grupo

	RELIGIÃO	Média	Desvio Padrão
P1*	Católica	2,9956	,91016
	Evangélica	3,7222	,80428
P2	Católica	2,1840	,96624
	Evangélica	2,3200	1,05778
P3	Católica	3,0280	,98147
	Evangélica	3,2600	,93241
P4	Católica	4,1240	,68915
	Evangélica	4,3800	,50474
P5*	Católica	2,4250	1,08591
	Evangélica	2,9917	,94569
P6	Católica	3,0267	1,03420
	Evangélica	3,4111	1,00070
P7*	Católica	2,0067	,99998
	Evangélica	2,5778	1,06470

* Fator com diferença significativa verificada pelo teste t

Tanto no grupo católico quanto no grupo evangélico, as estratégias de *coping* positivo mais utilizadas foram relacionadas ao fator P4 de posicionamento positivo frente a Deus (média=4,22), e as menos utilizadas foram as de coping negativo relacionadas ao fator N1 de reavaliação negativa de Deus (média=1,36).

Através de análise de teste t, verificou-se que o grupo evangélico recorre mais a estilos de enfrentamento positivo englobados na transformação de si (P1), em que há revisão pessoal das atitudes e direção de vida ($t=-3,607$, $gl=78$, $p=0,001$); nas ações em busca do outro institucional (P5), com idas e práticas religiosas nos templos ($t=-2,368$, $gl=78$, $p=0,02$); e na busca pessoal de conhecimento espiritual (P7), através de leituras bíblicas ($t=-2,414$, $gl=78$, $p=0,018$).

Tabela 8: Fatores negativos de *coping* religioso por grupo

	RELIGIÃO	Média	Desvio Padrão
N1	Católica	1,2400	,39383
	Evangélica	1,5667	,91438
N2*	Católica	1,8933	,87401
	Evangélica	2,5889	1,17667
N3	Católica	1,5500	,69437
	Evangélica	1,7750	,95896
N4*	Católica	1,7133	,87030
	Evangélica	2,6556	1,17602

* Fator com diferença significativa verificada pelo teste t

Os métodos de enfrentamento negativo mais utilizados pelo grupo evangélico foram os que envolvem os fatores de posicionamento negativo frente a Deus (N2), como o estilo delegante ($t=-3,02$, $gl=78$, $p=0,003$), e de reavaliação negativa do significado (N4), como a atuação de forças malévolas ou da punição divina ($t=-4,1$, $gl=78$, $p=0,000$). Já a diferença entre médias do fator N1 (reavaliação negativa de Deus) não obteve homogeneidade de variâncias pelo teste Levene ($F=12,872$, $p=0,001$).

Como houve similaridade dos fatores comparados com a religião e com a frequência de comparecimento às igrejas, principalmente positivos, coube investigar se as diferenças encontradas entre os fatores se devem a um maior número de atendimento às igrejas ou se há alguma singularidade nas religiões católica e evangélica que estabelecem estilos particulares de *coping*. Selecionamos somente os sujeitos que frequentavam as igrejas durante uma ou mais vezes por semana (n católicos=17 ; n evangélicos=20). Através de teste t, descobriu-se diferença estatística somente nos fatores negativos N2 ($t= -2,136$; $gl=35$; $p=0,04$) e N4 ($t= -2,129$; $gl=35$; $p=0,04$).

Pelo teste ANOVA não se observou diferenças significativas de CRE total ($F=0,594$, $p=0,668$), CRE positivo ($F=0,712$, $p=0,586$) e CRE negativo ($F=1,150$, $p=0,340$) entre os diversos níveis de escolaridade. Também pelo mesmo teste não foram encontradas diferenças significativas dos fatores positivos e negativos de *coping* com a escolaridade. O teste t não revelou diferenças de *coping* em pacientes que já estiveram doentes ou não em decorrência do HIV, nem entre os que já tomam ou não medicamento antirretroviral.

Os católicos que afirmaram terem passado por um processo de conversão corresponde a 16% do grupo, enquanto que 56,7% do grupo evangélico responderam que se converteram. O teste t revelou que os entrevistados que se converteram obtiveram diferença significativa do fator P1 (transformação de si) em relação aos que não passaram por um processo de conversão ($t=2,189$, $gl=78$, $p=0,032$). Esse dado concorda com a semântica do fator e os achados que avaliaram o maior uso pelos evangélicos de estratégias de *coping* voltadas a uma mudança de objetivo de vida e a reavaliações positivas de Deus.

5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra revelou um perfil de homens portadores de HIV com longo convívio com o vírus, tempo de diagnóstico datado há 10 anos em média. A maior parte dos entrevistados começaram o tratamento contra a AIDS nos primeiros anos de implementação da TARV, mas parcela considerável já havia sendo medicada com a terapia anterior, quando não havia maiores perspectivas de sobrevivência do paciente. O uso quase absoluto da TARV e o surgimento de doenças oportunistas entre a maioria dos pacientes da amostra, no decorrer do convívio com o vírus, mostram que muitos já passaram pelo quadro sintomático da doença. As dificuldades quanto à adesão ao tratamento e as ameaças ao equilíbrio biopsíquico adicionam outros sofrimentos concretos de ameaça à saúde, aliados às preocupações sociais quanto ao estigma, preconceito e relacionamentos afetivos presentes desde a fase assintomática da doença.

A média de idade dos pacientes entrevistados é a mesma dos que frequentam o serviço da Casa da Aids (42 anos), onde a maioria dos pacientes também se infectou por via sexual e possuem longo período de tratamento pela TARV (GUTIERREZ et al., 2007). A amostra apresentou de maneira geral concordância entre a religião declarada e suas práticas religiosas. Os evangélicos costumam realizar mais o jejum que os católicos, que por sua vez praticam mais a promessa que os primeiros. Por outro lado, atividades de outras religiões como o passe, presente do espiritismo kardecista, foi mais evidenciada entre os católicos. A prática de oferendas, que encontra correspondentes tanto nas religiões de origem afro-brasileira quanto no catolicismo popular, teve mais repercussão entre os católicos do que entre os evangélicos. Apesar de haver um distanciamento entre a amostra e o perfil epidemiológico da doença no Brasil, caracterizado pela feminização, interiorização e pauperização, este estudo se propôs a investigar os modos de enfrentamento religioso numa população de certa forma homogênea. Os achados poderão servir como um parâmetro de comparação em pesquisas com outras populações que costumam utilizar com mais intensidade o *coping* religioso (mulheres, pessoas provenientes de camadas socioeconômicas mais baixas, minorias étnicas).

Os índices de *coping* religioso total foram altos² em ambos os grupos (média=3,67 entre católicos e média=3,64 entre evangélicos), o que demonstra a utilização concreta do *coping* religioso, entre as demais formas de *coping*, pelos indivíduos pertencentes a uma filiação religiosa. Nesse caso, o pertencimento à religião cristã católica ou evangélica implicou a utilização de seus recursos para o processo de *coping*, ainda que se faça de maneira pessoal e singular. Houve maior uso de estratégias de fatores positivos do que negativos (média CREP = 3,05 e média CREN=1,73) tanto entre católicos quanto evangélicos, concordando com achados em pesquisas anteriores (BJORCK, THURMAN, 2007; FARIA, 2004; PANZINI, 2004; PARGAMENT, KOENIG, PEREZ, 2000; PARGAMENT et al., 1998).

O fator que os católicos e evangélicos mais utilizaram foi de posicionamento positivo frente a Deus (P4). Esse fator engloba estratégias auto-diretivas e de busca de apoio espiritual em Deus. Já o fator menos utilizado pelos dois grupos foi de reavaliação negativa de Deus (N1), que refere à mágoa espiritual com Deus ou de revolta espiritual. As estratégias auto-diretivas tenderam a oferecer uma percepção de que Deus concede habilidades para o indivíduo lidar sozinho com a situação, ou que lhe dá apoio, sem no entanto intervir no problema. Já a percepção de abandono por parte de Deus esteve relacionada ao fator menos utilizado (N1), o que supõe haver uma percepção clara e positiva das estratégias auto-diretivas da escala, que poderiam, ao contrário, ser confundidas com outras conotações negativas de abandono trazidas por Phillips III e colaboradores (2004). Os itens referentes à revolta espiritual demonstram dúvida quanto à existência de Deus e ao seu poder.

As diferenças fatoriais de *coping* religioso positivo entre católicos e evangélicos foi maior nas estratégias que envolvem transformação de si e/ou da vida do paciente (fator P1), ações em busca do outro institucional (fator P5) e busca pessoal de conhecimento espiritual (fator P7), todas mais frequentes no grupo evangélico. Dentre as estratégias de *coping* religioso negativo, o posicionamento negativo frente a Deus (fator N2) e a reavaliação negativa do significado (fator N4) foi também maior entre os evangélicos.

As estratégias do fator P1 abarcam transformações do significado e de atitudes, relacionam-se com a conversão e o perdão além de uma reavaliação religiosa positiva, em

² Parâmetro arbitrário utilizado para análise dos valores das médias de CRE TOTAL quanto a sua utilização (PANZINI, 2004): Irrisória ou nenhuma (1 a 1,5); Baixa (1,51 a 2,5); Média (2,51 a 3,5); Alta (3,51 a 4,5); Altíssima (4,51 a 5)

que o significado de uma situação de crise é reavaliado como fonte de crescimento (*stress-related growth*). O perdão envolve transformação na medida em que há renúncia da raiva, do ressentimento e do ódio diante de uma situação injusta de maltrato. O perdão envolve mudanças comportamentais, afetivas, cognitivas e espirituais que Pargament define como representante de um ato de recriação (PARGAMENT, 1997).

Quando algo significativo é retirado do indivíduo, os sentimentos de ira e ódio são traduzidos em ações de ataque e desprezo que podem romper laços afetivos com outros significantes espirituais ou relacionais. O perdão, por outro lado, oferece a possibilidade de restabelecer a paz com outros e tranquilidade pessoal. A avaliação terciária imbuída no perdão elege a reconciliação como menos custosa que a perpetuação da animosidade. Na elaboração da escala Brief RCOPE, os itens que correspondem à busca pelo perdão dos próprios pecados, presentes na escala CRE Breve adaptada a este estudo, teve estreita conexão com itens de auxílio divino em perdoar o outro, que se fundiram num mesmo fator (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

A procura por um novo propósito na vida acontece quando eventos disruptivos desmantelam todo um sistema de valores. O processo de *coping*, nesse caso, será encontrar estabelecer um novo conjunto de metas, direções, valores e atitudes. A conversão religiosa sugere uma transformação radical que oferece à vida do indivíduo este novo conjunto de valores. A conversão está além da troca de grupos religiosos pelo indivíduo, com o intuito de reconstruir uma imagem de Deus mais benevolente ou para obter um melhor acolhimento social. A conversão implica na renúncia a um estilo de vida e a valores antigos e substituí-los com algo totalmente novo (PARGAMENT, 1997). O convertido não apenas abandona antigos objetos de significância que passou a considerar prejudiciais (drogas, promiscuidade, atitudes disfuncionais permeadas de emoções como raiva ou pessimismo), mas adota outros objetos organizados num complexo sistema de atitudes e valores calcados pela religião. Como a maior parte dos sujeitos que disseram ter se convertido é proveniente do grupo evangélico, o destaque da variável da estratégia de *coping* de transformação de si se equipara quanto à frequência de sujeitos que se converteram a esse grupo.

Dada a multidimensionalidade da AIDS, não foi possível especificar se houve influência da doença para as razões das conversões. Muitos respondentes mencionaram justificativas como “senti maior a presença de Deus”, “problemas financeiros”, “desilusão quanto ao grupo religioso anterior”, etc. Até que ponto as diversas áreas atingidas pelo

convívio prolongado com o HIV influenciam o processo de conversão, é uma questão a ser investigada por estudos futuros.

As ações em busca do outro institucional (P5) referem ao movimento de aproximação com o institucional, “com os locais, membros ou representantes religiosos, ou ainda com as manifestações formais e institucionalizadas das religiões” (PANZINI, 2004, p. 102). A participação em atividades, a realização de rituais da religião e o comparecimento a igrejas destacaram-se entre os evangélicos, que também frequentavam mais vezes os templos religiosos semanalmente. A religião institucionalizada nas igrejas fornece o espaço de práticas e rituais envolvidos no processo de *coping*, além de interpretar em público os conteúdos simbólicos da religião que constroem significados ao indivíduo. As diversas sessões de cura espiritual, os aconselhamentos e correntes de oração, exorcismos e bênçãos do Espírito Santo pela prática da glossolalia são algumas das atividades que podem servir de recursos a um processo sistematizado e socializado de *coping*, ainda que os objetivos sejam individualizados. A frequência maior a templos reverbera nos maiores índices de CRE dos fatores P1, P5 e P7. Alguns portadores de HIV recebem apoio dentro das igrejas mesmo que o diagnóstico da doença seja mantido em sigilo.

O fator P7, embora tenha uma dimensão individualizada de busca pessoal de conhecimento espiritual, não está alheia da instituição, conforme os dados demonstraram a relação entre o fator e o comparecimento às igrejas. Esta busca se faz principalmente pela leitura da Bíblia e outras publicações que discorrem sobre temas espirituais. Embora muitas igrejas neopentecostais se afastem da tradição protestante histórica, ainda é a autoridade da palavra de Deus, através da leitura bíblica, que exerce poder sobre o fiel. Não obstante, essa leitura é em grande parte filtrada e selecionada pelos pastores em favor da coesão institucional e das diretrizes da Teologia da Prosperidade.

Os fatores significantes de *coping* religioso negativos foram principalmente N1 e N2, os únicos de toda a escala cuja diferença estatística entre católicos e evangélicos persistiu mesmo que isolássemos somente os pacientes que frequentassem as igrejas no mínimo uma vez por semana. As frequências de comparecimento às igrejas, quando equiparadas nos dois grupos por um mesmo período, anularam as diferenças estatísticas dos fatores positivos (CREP, P1, P5 e P7). No entanto, houve significativa diferença nos fatores de posicionamento negativo frente a Deus (N2) e de reavaliação negativa do significado (N4) quando ambos os grupos compareciam na mesma frequência às igrejas.

O fator de posicionamento negativo frente a Deus abrange estratégias de *coping* delegantes e passivas, em que o indivíduo abdica de agir por conta própria, para então ser guiado por uma força superior. O indivíduo que se apoia em um estilo delegante de *coping* pode distorcer a realidade e ter menos êxito em enfrentar o problema. Para o portador de HIV, esse estilo pode culminar em dificuldades de adesão ao tratamento caso a crise se agrave e a angústia em lidar com a situação leve ao abandono da terapêutica médica em favor somente da ajuda espiritual. Porém, o estilo delegante pode ser útil em determinadas situações onde não há mais possibilidade de controle pessoal (PARGAMENT et al., 1988). Ao contrário do acaso ou da fatalidade, o último recurso divino ainda é capaz de trazer a esperança de alívio a curto prazo, ainda que não seja eficiente em resolver o problema. A avaliação das estratégias de *coping* negativo deve levar em conta tanto os resultados quanto a integração dos elementos do processo, como visto anteriormente. Sendo assim, os resultados podem ser prejudiciais a algumas pessoas, irrelevantes a outras ou ainda fonte de crescimento relacionado ao estresse (PARGAMENT et al, 1998). No caso da amostra estudada, os fatores negativos podem pouco interferir, dado que já existe um acompanhamento prolongado dos usuários na Casa da Aids, mas não deixam de ser sinais de alerta em momentos de crise pelos quais passaram. Os fatores negativos de enfrentamento religioso delegante presente em N2 traz o risco de abandono do tratamento ou adiamento do mesmo, enquanto que o fator de reavaliação negativa do significado (N4) pode gerar percepções persecutórias de ataques malignos contra o indivíduo. Por outro lado, os fatores positivos mais significativos do grupo evangélico de transformação da vida (P1), ações de busca do outro institucional (P5) e de busca pessoal de conhecimento espiritual (P7) contribuem para a mudança de atitudes, para a busca de apoio nas redes sociais e de conhecimento espiritual que podem ser úteis aos portadores de HIV/AIDS.

Já o fator de reavaliação negativa do significado engloba estratégias de *coping* de reavaliação malévola do estressor e de reavaliação punitiva de Deus. Nesse caso, a utilização de procedimentos como o exorcismo nas religiões neopentecostais e a personificação do mal em entidades diabólicas, que afasta o fiel da congregação pentecostal, sublinham a oposição de forças espirituais negativas que lutam contra o crescimento espiritual do indivíduo, trazendo toda sorte de malefícios como a doença.

Podemos observar portanto que há estilos de *coping* religioso não somente no nível individual da espiritualidade, como também no nível cultural da religião. A espiritualidade

encontra uma intersecção com a religião na medida em que o indivíduo traduz os símbolos religiosos dentro de um sistema mais amplo. Outros estudos pioneiros na análise inter-religiosa americana, como Park, Cohen e Herb (1990), analisaram níveis de depressão entre estudantes católicos e protestantes diante de situações controláveis ou incontroláveis. Tix e Frazier (1998), mostraram diferenças de enfrentamento na situação de cirurgia para transplante de rim, com mais controle pessoal e ajustamento por parte dos protestantes. É importante lembrar como cada religião está inserida na cultura de um país e como se configura a afiliação dos membros e história desses grupos.

A diferença de *coping* entre os sistemas é maior quanto mais o fiel frequenta seus templos, o espaço onde os símbolos são veiculados e reiteradamente lembrados às ocasiões de crise que o indivíduo possa enfrentar. Os usuários que mais comparecem às igrejas salientaram fatores positivos de *coping*, principalmente entre evangélicos. Uma análise de estudos sobre atendimento a igrejas e saúde sugere que o comparecimento a templos “parece possuir um sistema de valor positivo em termos de influenciar mudanças de atitude e comportamentais, que podem formar a estrutura de prevenção de hábitos deletérios à saúde” (KING, p. 105, 1990). Porém, não devemos esquecer que tanto as estratégias positivas quanto negativas são conjuntamente utilizadas, conforme a situação de crise se expressa e exige a alternativa mais coativa de *coping*.

Neste estudo, utilizamos somente a versão breve da escala de *coping*, deixando de lado outros fatores da escala completa da original RCOPE. As diferenças encontradas já abrem caminho para pesquisas futuras quanto aos aspectos culturais do processo de *coping* religioso. Também é necessário salientar a importância de elaborar instrumentos condizentes com outras manifestações religiosas fora do âmbito cristão no qual a escala Brief RCOPE foi feita, pois esta escala “foi planejada para o uso em uma larga amplitude de grupos judaico-cristãos. Porém, pode ser aplicável aos membros de outras religiões teocêntricas, como o islã” (PARGAMENT, 1998, p.722). Outras religiões populares como o espiritismo e de origem afro-brasileira comportam diferentes práticas espirituais que servem a diferentes estratégias de *coping*, além de cosmologias próprias. Uma situação de crise pode exigir a construção de significado que leve em conta vidas passadas, propicie o uso do passe ou o estímulo da caridade, ou ainda ser enfrentada utilizando-se de práticas próximas ao manuseio da mágica e do transe. Amplos estudos da sociologia e antropologia sobre a religiosidade

brasileira podem servir de base para futuras investigações da psicologia da religião, na construção de instrumentos adequados às singularidades culturais e religiosas.

A presente pesquisa atesta que religião, *coping* e AIDS se pautam pela multidimensionalidade. Apenas algumas modalidades desses três fenômenos foram postas à investigação. Nem toda a gama religiosa brasileira pode ser incluída, assim como nem todas as estratégias de *coping* religioso ou as populações afetadas pelo HIV puderam ser inseridas nos objetivos aos quais esta pesquisa se propôs atingir. Este estudo conclui com mais uma contribuição à compreensão dessa complexa relação entre as atitudes emprestadas da esfera religiosa do indivíduo, diante da situação de crise do adoecer.

REFERÊNCIAS³

- ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. Rio de Janeiro: Editora Apce-ABRASCO, 1990.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia (Natal)**. Natal, v. 3, n. 2, 1998.
- BASTOS, F. I. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BELZEN, J. A. In defense of the object: on trends and directions in psychology of religion. **The International Journal for the Psychology of Religion**. Florence KY, v. 15, n. 1, p. 1-16, 2005.
- BJORCK, J. P.; THURMAN, J. W. Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning. **Journal for the Scientific Study of Religion**. Provo UT, v. 46, n. 2, p. 159-167, 2007.
- BOBSIN, O. Etiologia das doenças e pluralismo religioso. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 43, n. 2, p. 21-43, 2003.
- BOSWORTH, H. B. The importance of spirituality/religion and health-related quality of life among individuals with HIV/AIDS [Editorial] **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, supl. 5, p. S3-S4, dez., 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008
- BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.
- CAMARGO, C. P. **Católicos, Protestantes, Espíritas**. Petrópolis: Vozes, 1973.
- CASCUDO, L. C. (1972) *Religião no Povo*. In:_____. **Superstição no Brasil**. São Paulo: Global, 2001
- CASTIEL, L. D. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, 1996.
Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2009.

³ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 6023

- CERQUEIRA-SANTOS, E., KOLLER, S. H. e PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 24, n. 3, p.82-91, set, 2004. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 17 jun. 2007.
- COSTA-ROSA, A. **Práticas de cura nas religiões e tratamento psíquico em saúde coletiva**. 192 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 1995.
- _____. Práticas de cura místico-religiosas, psicoterapia e subjetividade contemporânea. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 19, n. 4, 561-590, 2008.
- COURTENAY, B.C.; MERRIAM S. B.; REEVES, P. M. Faith Development in the Lives of HIV-Positive Adults. *Journal of Religion and Health*, 38 (3), p. 203-218, 1999.
- DALGALARRONDO, P. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.
- DAMATTA, R. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, Supl., p. 9-17, 2006.
- ELIADE, M. (1949). **Tratado de História das Religiões**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- FARIA, J. B. **Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 2004,141 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.
- FILIFE, E. M. V. et al. Sexual orientation, use of drugs and risk perception among HIV-positive men in São Paulo, Brazil. **International Journal of STD & AIDS**. v. 16, p. 56-60, jan., 2005.
- GALVÃO, J. **AIDS no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 2000.
- _____. As respostas religiosas frente a epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, R. (org.) **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- GUTIERREZ, E. B. et al. **Gestão como Instrumento para Elevar a Taxa de Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral de Pacientes Vivendo com HIV/Aids**. São Paulo, 2007, 21p. Relatório vencedor do Prêmio Governador Mario Covas de 2007, categoria “eficiência no uso dos recursos públicos e desburocratização”.

- JACOBSON JR, C. J.; LUCKHAUPT, S. E.; TSEVAT, J. Religio-biography, coping and meaning-making among persons with HIV/AIDS. **Journal for the Scientific Study of Religion**. Provo UT, v. 45, n. 1, p. 39-56, 2006.
- JENKINS, R. A. Religion and HIV: implications for research and intervention. **Journal of Social Issues**. v. 51 n. 2 , p. 131-144, 1995.
- KAGIMU, M., MARUM, E. e SERWADDA, D. Planning and evaluating strategies for AIDS health education interventions in the Muslim community in Uganda **AIDS Education and Prevention**. New York NY, v. 7, n. 1, p.10-21, 1995.
- KING, D. G. Religion and health relationships: a review. **Journal of Religion and Health**. Holanda, v. 29, n. 2, p. 101-112, 1990.
- KOENIG, H. G., LARSON, D. B.; LARSON, S. S. "Religion and coping with serious medical illness" *The Annals of Pharmacotherapy*. 35, p. 352-359, março, 2001.
- KOENIG, H. G.; McCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press, 2001.
- KWILECKI, S. Religion and coping: a contribution from religious studies. **Journal for the Scientific Study of Religion**. Provo UT, v. 43, n. 3, pp. 477-489, 2004.
- LAZARUS, R. S. **Psychological Stress and the Coping Process**. New York: McGraw-Hill, 1966.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer, 1984.
- LEVIN, J. S. Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? **Social Science and Medicine**, Leicester, v. 38 n. 11, p. 1475-1482, 1994.
- MARIANO, R. Os neopentecostais e a teologia da prosperidade. **Novos Estudos CEBRAP**. São Paulo, n. 44, mar., 1996.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 28, n. 3, p.242-250, 2006.
- OLLEY, B. O. et al. Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients – the role of gender. **South African Medical Journal**. Cape Town, v. 93, n. 12, p. 928-931, 2003.
- PAIVA, G. J. AIDS, Psicologia e Religião: o estado da questão na literatura psicológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 14, n. 1, p. 27-34, Jan-Abr, 1998.

- _____. Psicologia da religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma (?) disciplina. In: AMATUZZI, M. M.(org.) **Psicologia e Espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005.
- _____. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**. Campinas, v. 24, n. 1, p. 99-104, jan-mar, 2007.
- PANZINI, R. G. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE): Tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida**. 2004. Dissertação, 238f. (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da UFRGS, Porto Alegre, 2004.
- PANZINI, R. G. e BANDEIRA, D. R. **Validação da Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada (Escala CRE-Breve)**. Manuscrito não-publicado, 2005.
- PARGAMENT, K. I. **The Psychology of Religion and Coping**. New York: The Guilford Press, 1997.
- _____. The psychology of religion *and* spirituality? Yes and no. **The International Journal for the Psychology of Religion**. Florence KY, v. 9, n. 1, p. 3-16, 1999.
- PARGAMENT, K. I.; HAHN, J. God and the just world: causal and coping attributions to God in health situations. **Journal for the Scientific Study of Religion**. Provo UT, v. 25, n. 2, p. 193-207, 1986.
- PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken NJ, v. 56, n. 4, pp. 519-543, 2000.
- PARGAMENT, K. I.; MAGYAR-RUSSEL, G. M.; MURRAY-SWANK, N. A. The sacred and the search of significance: religion as a unique process. **Journal of Social Issues**, Washington DC, v. 61, n. 4, pp. 665-687, 2005.
- PARGAMENT, K. I.; PARK, C. L. Merely a Defense? The variety of religious means and ends. **Journal of Social Issues**, Washington DC, v. 51, n. 2, pp. 13-32, 1995.
- PARGAMENT, K. I. et al. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **Journal for the Scientific Study of Religion**. Provo UT, v. 27, n. 1, p. 90-104, 1988.
- _____. et al. Patterns of positive and negative coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, Provo UT, v. 37, n. 4, pp. 710-724, 1998.
- _____. et al. Religion and HIV: a review of the literature and clinical implications. **Southern Medical Journal**. Birmingham AL, v. 97, n. 12, p. 1201-1209, dez., 2004.

- PARK, C., COHEN, L. H. e HERB, L. Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 59 n. 3, 562-574, 1990.
- PARKER, R. **Na Contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed, 34, 2000.
- PIERUCCI, A. F. “Bye Bye, Brasil”: o declínio das religiões tradicionais no censo 2000. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 18, n. 52, pp 17-28, 2004.
- PIERUCCI, A. F.; PRANDI, R. **A Realidade Social das Religiões no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio Social e Religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
- PIGNATTI, M. G.; CASTRO, S. P. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-grossense, MT, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 83-94, 2008.
- PRANDI, R. **Um Sopro do Espírito: a renovação conservadora do catolicismo carismático**. São Paulo: EDUSP, 1997.
- REMOR, E. A. Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 283-287, 2002.
- SANDE, M. A. et al. **Guia Sanford para Tratamento de HIV/AIDS 2007**. São Paulo: AWWE, 2007.
- SANTOS, E. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 41, supl. 2, p. 64-71, 2007.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 188-195, 2005.
- SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E. W. The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. **Journal for the Scientific Study of Religion**, Provo UT, v. 41, n. 1, pp. 91-102, 2002.
- SIEPIERSKI, P. D. Contribuições para uma tipologia do pentecostalismo brasileiro. In: GUERRIERO, S. (org.) **O Estudo das Religiões: desafios contemporâneos**. São Paulo: Paulinas, 2004.

- SILVEIRA, E. J. S. A cura interior no catolicismo carismático: tecnologias de si e psicologização da religião. **Debates do NER**, Porto Alegre, ano 8, n. 12, p. 45-77, 2007.
- SMYTH, F. Cultural constraints on the delivery of HIV/AIDS prevention in Ireland. **Social Science and Medicine**. Leicester, v. 46, n. 6, p. 661-672, 1998.
- SONTAG, S. **Doença como Metáfora/AIDS e suas Metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- SPIILKA, B.; HOOD JR., R.W.; GORSUCH, R. L. **The Psychology of Religion: An Empirical Approach**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1985.
- STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: ArtMed, 2007.
- TEIXEIRA, F. Faces do catolicismo brasileiro contemporâneo. **Revista USP**, São Paulo, n. 67, p. 14-23, 2005.
- TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de Engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: Nepaids, 2000. Disponível em <http://www.usp.br/nepaids/pdfs/ta_dificil.pdf>. Acesso em 22 jun. 2009.
- TIX, A. P.; FRAZIER, P. A. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Washington DC, v. 66, n. 2, p. 411-422, 1998.
- VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.
- VELHO, G. “Indivíduo e religião na cultura brasileira”. **Novos Estudos CEBRAP**. 3, 121-129, 1991.

ANEXO I

FORMULÁRIO GERAL

I. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO:

1. Código do(a) entrevistado(a) _____	
2. Data da entrevista _____/_____/_____	

II. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A):

3. Data de nascimento _____/_____/_____	Idade _____	
4. Local de nascimento _____	Cidade: _____	Estado: _____

III. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA:

5.	Qual seu estado civil? 1. <input type="checkbox"/> Solteiro 2. <input type="checkbox"/> Casado 3. <input type="checkbox"/> Separado 4. <input type="checkbox"/> Viúvo 5. <input type="checkbox"/> Moro junto com companheiro (a) 77. <input type="checkbox"/> não sabe informar 88. <input type="checkbox"/> não quer informar	
6.	Qual a sua escolaridade (até que série você estudou)? 1. <input type="checkbox"/> nunca estudou 2. <input type="checkbox"/> Até o 1º Grau ou Ensino Fundamental (até 8 anos de estudo) 3. <input type="checkbox"/> Até o 2º Grau ou Ensino Médio (de 8 a 11 anos de estudo) 4. <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto (de 11 a 15 anos de estudo) 5. <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo (de 15 a 17 anos de estudo) 6. <input type="checkbox"/> Pós-graduação (mestrado ou doutorado, mais de 17 anos de estudo) 77. <input type="checkbox"/> não sabe informar 88. <input type="checkbox"/> não quer informar	

IV. VIDA RELIGIOSA

7.	<p>Qual a sua religião?</p> <p>1. () Catolicismo</p> <p>2. () Cristianismo Pentecostal (Congregação Cristã, Assembleia de Deus, Igreja do Evangelho Quadrangular, IURD, Renascer, Bola de Neve, Sara Nossa Terra, etc.)</p>	
8.	<p>Quantas vezes você costuma freqüentar um templo religioso (igreja, etc)?</p> <p>1. () Nunca</p> <p>2. () De 1 a 5 vezes por ano</p> <p>3. () Uma vez por mês</p> <p>4. () De duas a três vezes por mês</p> <p>5. () Uma vez por semana</p> <p>6. () Mais de uma vez por semana</p> <p>7. () Somente quando necessito ou quero</p> <p>77. () não sabe informar</p> <p>88. () não quer informar</p>	
9.	<p>Você alguma vez na vida já mudou de religião/crença/doutrina?</p> <p>1. () Sim. Mudei de _____ para _____. Por que?</p> <p>_____</p> <p>2. () Não</p> <p>77. () não sabe informar</p> <p>88. () não quer informar</p>	
10.	<p>Você ora ou reza?</p> <p>1. () Sim</p> <p>2. () Não</p> <p>3. () Às vezes</p> <p>4. () Somente quando necessito ou quero</p> <p>77. () não sabe informar</p> <p>88. () não quer informar</p>	

11.	Você faz promessa? 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes 77. () não sabe informar 88. () não quer informar	
12.	Você toma passe? 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes 77. () não sabe informar 88. () não quer informar	
13.	Você faz jejum? 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes 77. () não sabe informar 88. () não quer informar	
14.	Você costuma ler textos sagrados e religiosos (Bíblia e outros)? 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes 77. () não sabe informar 88. () não quer informar	
15.	Você participa de reuniões e atividades em seu templo religioso? 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes 77. () não sabe informar 88. () não quer informar	
16.	Você faz oferendas (velas, outros)? 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes 77. () não sabe informar 88. () não quer informar	
17.	Você frequenta algum templo de outra religião? 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes 77. () não sabe informar 88. () não quer informar	

V. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

18.	<p>Há quanto tempo você sabe que é portador do HIV ?</p> <p>_____anos _____ meses</p> <p>77. () não sabe informar 88. () não quer informar</p>																			
19.	<p>Como você acha que se infectou com o HIV?</p> <p>_____</p> <p>Tentar inicialmente resposta espontânea, se necessário ir percorrendo alternativas</p> <p>1. () transfusão de sangue contaminado 2. () uso de drogas compartilhando agulhas 3. () relação sexual desprotegida com parceiros(as) sexuais pouco conhecidos(as) 4. () parceiro(a) infectado(a) por transfusão de sangue 5. () parceiro(a) infectado(a) por uso de drogas compartilhando agulhas 6. () parceiro(a) infectado(a) por relação sexual desprotegida com outro homem 7. () parceiro(a) infectado(a) por relação sexual desprotegida com outra mulher 8. () parceiro(a) infectado(a) por relação sexual desprotegida, não sabe se homem ou mulher 9. () parceiro(a) infectado(a) não sabe como 10. () não tem a menor ideia de como se infectou 66. () outro: _____</p> <p>88. () não quer informar</p>																			
20.	<p>Há quanto tempo, aproximadamente, você é atendido nesse serviço?</p> <p>_____anos _____ meses</p> <p>77. () não sabe informar 88. () não quer informar</p>																			
21.	<p>Além dos médicos e serviços de saúde, você procurou outros tipos de apoio?</p> <table border="1" data-bbox="296 1536 1398 1765"> <thead> <tr> <th data-bbox="296 1536 1158 1574">Instituição</th> <th data-bbox="1158 1536 1289 1574">Sim</th> <th data-bbox="1289 1536 1398 1574">Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="296 1574 1158 1612">a. Igreja, instituição religiosa</td> <td data-bbox="1158 1574 1289 1612">()</td> <td data-bbox="1289 1574 1398 1612">()</td> </tr> <tr> <td data-bbox="296 1612 1158 1650">b. Grupo de AIDS, ONG</td> <td data-bbox="1158 1612 1289 1650">()</td> <td data-bbox="1289 1612 1398 1650">()</td> </tr> <tr> <td data-bbox="296 1650 1158 1688">c. Sindicato, associação profissional</td> <td data-bbox="1158 1650 1289 1688">()</td> <td data-bbox="1289 1650 1398 1688">()</td> </tr> <tr> <td data-bbox="296 1688 1158 1727">d. Associação de bairro, grupo comunitário</td> <td data-bbox="1158 1688 1289 1727">()</td> <td data-bbox="1289 1688 1398 1727">()</td> </tr> <tr> <td data-bbox="296 1727 1158 1765">e. outro:</td> <td data-bbox="1158 1727 1289 1765"></td> <td data-bbox="1289 1727 1398 1765"></td> </tr> </tbody> </table> <p>88. () não quer informar</p>	Instituição	Sim	Não	a. Igreja, instituição religiosa	()	()	b. Grupo de AIDS, ONG	()	()	c. Sindicato, associação profissional	()	()	d. Associação de bairro, grupo comunitário	()	()	e. outro:			
Instituição	Sim	Não																		
a. Igreja, instituição religiosa	()	()																		
b. Grupo de AIDS, ONG	()	()																		
c. Sindicato, associação profissional	()	()																		
d. Associação de bairro, grupo comunitário	()	()																		
e. outro:																				

22.	<p>Você toma algum medicamento (anti-retroviral) para o HIV?</p> <p>1. () sim 2. () não</p> <p>77. () não sabe informar 88. () não quer informar 00. () não se aplica (não toma anti-retroviral)</p>																									
23.	<p>Há quanto tempo você toma esses medicamentos (anti-retrovirais)? (se a resposta 1 acima)</p> <p>_____anos_____meses</p> <p>77. () não sabe informar 88. () não quer informar 00. () não se aplica (não toma anti-retroviral)</p>																									
24.	<p>Você já esteve doente em decorrência a sua infecção por HIV?</p> <p>1. () sim 2. () não</p> <p>77. () não sabe informar 88. () não quer informar</p>																									
24a.	<p>Em caso afirmativo, qual (quais) doença(s) você apresentou?</p> <p>_____</p>																									
25.	<p>Você costuma fazer uso de algum tipo de tratamento caseiro ou alternativo?</p> <table border="1" data-bbox="300 1211 1401 1559"> <thead> <tr> <th data-bbox="300 1211 1214 1245">Tratamento</th> <th data-bbox="1222 1211 1310 1245">Sim</th> <th data-bbox="1318 1211 1401 1245">Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="300 1249 1214 1283">1. chá de ervas</td> <td data-bbox="1222 1249 1310 1283"></td> <td data-bbox="1318 1249 1401 1283"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1288 1214 1321">2. ayuhuasca (Santo Daime)</td> <td data-bbox="1222 1288 1310 1321"></td> <td data-bbox="1318 1288 1401 1321"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1326 1214 1359">3. bênçãos, energizações, trabalhos espirituais, impostação de mãos</td> <td data-bbox="1222 1326 1310 1359"></td> <td data-bbox="1318 1326 1401 1359"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1364 1214 1397">4. meditação, técnicas de respiração, exercícios posturais, yoga</td> <td data-bbox="1222 1364 1310 1397"></td> <td data-bbox="1318 1364 1401 1397"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1402 1214 1435">5. acupuntura</td> <td data-bbox="1222 1402 1310 1435"></td> <td data-bbox="1318 1402 1401 1435"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1440 1214 1473">6. homeopatia</td> <td data-bbox="1222 1440 1310 1473"></td> <td data-bbox="1318 1440 1401 1473"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1478 1401 1559">7. () Outro. Qual? _____</td> <td data-bbox="1222 1478 1310 1559"></td> <td data-bbox="1318 1478 1401 1559"></td> </tr> </tbody> </table> <p>88. () não quer informar 00. () não se aplica (não faz uso de nenhum destes tratamentos)</p>	Tratamento	Sim	Não	1. chá de ervas			2. ayuhuasca (Santo Daime)			3. bênçãos, energizações, trabalhos espirituais, impostação de mãos			4. meditação, técnicas de respiração, exercícios posturais, yoga			5. acupuntura			6. homeopatia			7. () Outro. Qual? _____			
Tratamento	Sim	Não																								
1. chá de ervas																										
2. ayuhuasca (Santo Daime)																										
3. bênçãos, energizações, trabalhos espirituais, impostação de mãos																										
4. meditação, técnicas de respiração, exercícios posturais, yoga																										
5. acupuntura																										
6. homeopatia																										
7. () Outro. Qual? _____																										

ANEXO II

Cód. Nº

ESCALA CRE-BREVE

(PANZINI; BANDEIRA, 2005)

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com a situação de portador de HIV/AIDS. Considere os momentos mais difíceis que teve que suportar, como por exemplo a suspeita de que era portador, a confirmação do diagnóstico, as dificuldades que teve que enfrentar quanto aos problemas de saúde, discriminação, adaptação ao tratamento e medicamentos e ameaças ao seu bem-estar. Estas dificuldades podem envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que acha importante.

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

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

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

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou **um pouco**, circule o (2)

Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3)

Se você tentou **bastante**, circule o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada**Marque só uma alternativa em cada questão.****Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!**

1. Orei pelo bem-estar de outros

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

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

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

3. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

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

4. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

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

5. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

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

6. Procurei em Deus força, apoio e orientação

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

7. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

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

8. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

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

9. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

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

10. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

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

11. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

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

12. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

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

13. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

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

14. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

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

- 15. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior** (anjo da guarda, mentor, etc)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 16. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 17. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 18. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 19. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 20. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 21. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 22. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 23. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 24. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 26. Fui a um templo religioso**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 27. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais** (santos, espíritos, orixás, etc)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
- 29. Procurei por um total re-despertar espiritual**
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Confiei que Deus estava comigo

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

31. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

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

32. Pensei que Deus não existia

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

33. Questionei se até Deus tem limites

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

34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

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

35. Pedi perdão pelos meus erros

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

36. Participei de sessões de cura espiritual

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

37. Questionei se Deus realmente se importava

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

38. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

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

39. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo

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

40. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

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

41. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

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

42. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)

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

43. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

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

44. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

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

45. Particpei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

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

46. Procurei auxílio nos livros sagrados

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

47. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo: o caminho de Deus

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

48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

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

49. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

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

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

ANEXO III

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DE PESQUISA DE MESTRADO NA CASA DA AIDS

TÍTULO: “O ENFRENTAMENTO RELIGIOSO EM PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS”

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), desta pesquisa na Casa da Aids. A pesquisa tem por objetivo descrever os modos como a pessoa portadora do vírus HIV utiliza ou não da religiosidade para enfrentar a situação de doença.

A pesquisa buscará compreender melhor como a religiosidade pode melhorar ou não o bem-estar de pacientes com HIV, aliada com o tratamento médico.

Não iremos aplicar nenhum medicamento ou tratamento, apenas um formulário com perguntas referentes a dados sócio-demográficos, sua experiência com a doença e com a religião, e outro formulário que contém uma escala de enfrentamento religioso que será utilizada em uma análise estatística.

Sua participação está limitada ao momento em que responderá aos formulários. Todas as informações que você fornecer ao entrevistador, assim como os dados que possam identificá-lo, serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores, de forma que no Relatório da Pesquisa será usado um código para garantir sua privacidade para que você não seja identificado(a). As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente. Você poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que isso prejudique seu acompanhamento como paciente na Casa da Aids. Para isso, basta comunicar ao pesquisador a retirada de seu consentimento de participação. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação

Não há riscos significativos ao participar desta pesquisa, mas caso sinta algum desconforto com alguma questão, terá o direito de não responder ou solicitar apoio da equipe multi-profissional da Casa da Aids. Em caso de dano pessoal,

diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Você pode não receber nenhum benefício pessoal por participar desta pesquisa, porém sua contribuição permitirá entender melhor como a pessoa portadora de HIV utiliza de recursos religiosos para promoção da saúde, o que poderá ser útil no acompanhamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS, além de fornecer subsídios a lideranças religiosas que executam serviços de atendimento a portadores em seus templos religiosos ou em organizações não-governamentais (ONGs).

Você poderá ter acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados a esta pesquisa, inclusive esclarecer eventuais dúvidas. Para tanto, você poderá entrar em contato com o pesquisador André Mellagi no telefone (11) 7030 3500 ou (11) 2915 1385. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS”.

Eu discuti com André Gonçalves Mellagi sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente/representante legal

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO IV



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 06/08/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0505/08**, intitulado: "**O ENFRENTAMENTO RELIGIOSO EM PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS**" apresentado pelo Departamento de **MOLÉSTIAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Aluisio Cotrim Segurado**

Pesquisador (a) Executante: **André Mellagi**

CAPPesq, 11 de Agosto de 2008

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa