

## ■ Artigo Original

# Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids

*Impaired religiosity and spiritual distress in people living with HIV/AIDS*

*Religiosidad deteriorado y espiritual sufrimiento en personas con VIH/sida*



Clarissa Mourão Pinho<sup>a</sup>  
Eduardo Tavares Gomes<sup>a</sup>  
Maria de Fátima Cordeiro Trajano<sup>b</sup>  
Aracele Tenório de Almeida e Cavalcanti<sup>c</sup>  
Maria Sandra Andrade<sup>a</sup>  
Marília Perrelli Valença<sup>c</sup>

## Como citar este artigo:

Pinho CM, Gomes ET, Trajano MFC, Cavalcanti ATA, Andrade MS, Valença MP. Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e67712. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67712>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67712>

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar a inferência dos Diagnósticos de Enfermagem, Religiosidade prejudicada e Sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um Serviço de Assistência Especializada de Recife, Pernambuco, de junho a novembro de 2015. Os resultados relacionados às 52 pessoas vivendo com HIV/AIDS entrevistadas foram analisados por três juízes enfermeiros.

**Resultados:** Estimou-se em 73,1% (38) a incidência de Sofrimento espiritual, 36,5% (19) de Religiosidade prejudicada, com número médio de características definidoras de 3,88±2,05 e 2,55±0,69. A principal característica definidora para a Religiosidade prejudicada foi: "relata necessidade de reconectar-se com crenças anteriores" (92,3%); e para Sofrimento espiritual: "expressa falta de finalidade na vida/expressa falta de significado na vida" (86,5%).

**Conclusões:** Os resultados apontam para a necessidade de considerar a dimensão religiosa-espiritual nos protocolos assistenciais e de pesquisa em enfermagem.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. HIV. Diagnóstico de enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** To verify the inference of Nursing Diagnoses, Impaired religiosity and Spiritual distress in people living with HIV/AIDS.

**Methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, performed in a specialized Service Center of Recife, Pernambuco, from June to November 2015. The results related to 52 people living with HIV/AIDS and that were interviewed were analyzed by three nurse judges.

**Results:** Spiritual distress was estimated at 73.1% (38), Impaired religiosity at 36.5% (19), with an average number of defining characteristics of 3.88 ± 2.05 and 2.55 ± 0.69. The main defining characteristic for Impaired religiosity was: "reports a need to reconnect with previous beliefs" (92.3%); and for Spiritual distress, it was: "Expresses a lack of purpose in life/expresses lack of meaning in life" (86.5%).

**Conclusions:** The results point to the need to consider the religious-spiritual dimension in care protocols and research in nursing.

**Keywords:** Spirituality HIV. Nursing diagnosis.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprobar la inferencia de diagnósticos de enfermería, deterioro religiosidad y sufrimiento espiritual de personas con VIH/SIDA.

**Métodos:** Se trata de un estudio transversal, cuantitativo, realizado en un servicio de atención especializada de Recife, Pernambuco, de junio a noviembre de 2015. Los resultados de 52 encuestados fueron analizados por tres jueces enfermeras.

**Resultados:** Se estimó en un 73,1% (38) la incidencia de sufrimiento espiritual, el 36,5% (19) de la Religiosidad con deficiencias, con un promedio características definitorias de 3,88 ± 2,05 y 2,55 ± 0,69. La principal características definitorias de Religiosidad alterada: los informes tienen que volver a conectar con creencias anteriores (92,3%); y Sufrimiento espiritual: expresión de la falta de propósito en la vida/falta de sentido de la vida (86,5%).

**Conclusiones:** Los resultados apuntan a la necesidad de considerar la dimensión religiosa-espiritual en los protocolos de atención y la investigación en enfermería.

**Palabras clave:** Espiritualidad. VIH. Diagnóstico de enfermería.

<sup>a</sup> Universidade de Pernambuco (UPE), Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>c</sup> Universidade de Pernambuco (UPE), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Recife, Pernambuco, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A terapia anti-retroviral (TARV) contribuiu para que a aids fosse considerada uma doença crônica e, dessa forma, aumentou a sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e melhorou a qualidade de vida destas<sup>(1-2)</sup>.

É válido analisar, porém, que essas pessoas necessitam de uma assistência contínua e integral, além do compromisso com o seu autocuidado. Isso consiste em um desafio para os pacientes, visto que a convivência com a doença acarreta mudanças em seus cotidianos e pelo fato da aids ainda ser marcada pelo preconceito e estigma social<sup>(2)</sup>.

Para realizar o acolhimento e sistematizar um cuidado contínuo é necessário, entre outros aspectos, considerar o impacto que a convivência com uma doença crônica e estigmatizante tem na vida e na saúde mental dessas pessoas. Nesse sentido, destaca-se a necessidade do apoio profissional, social, familiar e religioso-espiritual<sup>(3-5)</sup>.

A religiosidade tem sido considerada uma ferramenta importante nas estratégias de enfrentamento das novas situações que se impõem na vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Também é observado que pacientes que se diziam “sem religião”, mas que acreditavam em Deus, buscavam-No como fonte de força, conforto e esperança no enfrentamento do HIV<sup>(5-6)</sup>. Da mesma forma, a doença também pode trazer impacto negativo à vivência/experiência religiosa-espiritual<sup>(6)</sup>.

Considerando a necessidade do profissional de saúde oferecer uma assistência integral e individualizada, na qual a religiosidade deve estar inserida, é necessário buscar a compreensão das expressões e relações positivas ou negativas na vivência do adoecimento, tentando acolher as angústias dos usuários e auxiliá-los na busca de autonomia<sup>(5)</sup>.

A taxonomia para os Diagnósticos de Enfermagem (DE) propicia diagnósticos que contemplam essa abordagem holística dos pacientes que vivem com doenças crônicas. A taxonomia em vigor proposta pela North American Nursing Diagnoses Association – NANDA II, no Domínio 10: Princípios de Vida que traz os seguintes DE, com seus respectivos conceitos<sup>(7)</sup>: Religiosidade prejudicada: capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou participar de rituais de alguma fé religiosa; Sofrimento espiritual: capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou um ser maior.

O primeiro diagnóstico aborda a questão da religiosidade, crenças ou costumes, hábitos religiosos dos pacientes, enquanto o segundo toca na questão da espiritualidade propriamente dita, relacionada a um conceito de trans-

cendência, podendo ou não ser vivenciada/relacionada à experiência religiosa. Neste contexto, surgiu o seguinte questionamento: qual a incidência dos DE Religiosidade prejudicada e Sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids e quais as principais características definidoras para esses diagnósticos?

O objetivo deste estudo foi verificar a inferência dos Diagnósticos de Enfermagem, Religiosidade prejudicada e Sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids.

## ■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) de um hospital universitário em Recife, Pernambuco, referência no tratamento do HIV/aids. O estudo foi realizado entre junho e novembro de 2015.

Para o estudo, utilizou-se dados do projeto matricial: “Coping religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids”, no qual realizou-se o levantamento dos dados sociodemográfico, clínico e a aplicação de uma escala validada de coping religioso-espiritual (CRE), em uma amostra de 52 PVHA de ambos os sexos, com diagnóstico de HIV há pelo menos um ano, maiores de 18 anos e que não apresentavam alterações cognitivas ou doenças neurológicas que impossibilitassem a participação na entrevista.

A escala de CRE é um instrumento adaptado e validado para população brasileira com base em uma escala norte-americana. O instrumento é composto por 87 itens que englobam questões referentes à religião e espiritualidade para lidar com situações estressoras. Na aplicação do instrumento foi orientado que os participantes respondessem às questões pensando especificamente na situação da doença (HIV/aids)<sup>(8)</sup>.

As respostas foram dadas em uma escala do tipo Likert de cinco pontos que variam de 1 (nem um pouco) a 5 (muitíssimo). A correlação dos dados foi realizada de acordo com os critérios propostos pelas autoras da escala<sup>(8)</sup> que permite a verificação dos seguintes escores: CRE positivo: indica o nível de coping religioso-espiritual positivo praticado pela pessoa avaliada, e é considerado por meio da média de 66 questões da dimensão positiva da escala; CRE negativo: indica o nível de coping religioso-espiritual negativo praticado pelo participante, sendo considerado a partir da média de 21 questões da dimensão negativa da escala; CRE total: indica a quantidade total de estratégias de coping religioso-espiritual utilizada, por meio da média entre o índice CRE positivo e a média das respostas invertidas aos 21 itens do CRE negativo<sup>(8)</sup>.

Os parâmetros utilizados para análise dos valores das médias de CRE quanto a sua utilização pelo respondente foram: nenhuma ou irrisória: 1,00 a 1,50; baixa: 1,51 a 2,50; média: 2,51 a 3,50; alta: 3,51 a 4,50 e altíssima: 4,51 a 5,00. A escala permite ainda a avaliação de oito fatores de coping religioso-espiritual positivo e quatro fatores de coping negativo, os quais não foram objeto de estudo na pesquisa<sup>(8)</sup>.

O estudo deu-se em três etapas: 1) Utilização dos dados do projeto matricial que consistiam em variáveis sociodemográfica e clínicas e da escala CRE; 2) Correlação entre a escala CRE e as características definidoras estabelecidas pelos juízes; e 3) Análise estatística e inferência das características definidoras dos DE *Religiosidade prejudicada* e *Sofrimento espiritual*.

A correlação entre a escala CRE e as características definidoras estabelecidas pelos juízes foi realizada com a participação de três enfermeiros, com especialização, mestrado em enfermagem e experiência em pesquisa com diagnósticos de enfermagem, HIV/aids e pesquisas em Saúde e Espiritualidade. Foi solicitado que os juízes (enfermeiros) relacionassem as características definidoras dos DE *Religiosidade prejudicada* e *Sofrimento espiritual* a itens da escala de Coping Religioso-Espiritual que expressassem o mesmo conteúdo, ideia ou conceito. As divergências foram cruzadas e os juízes foram novamente consultados acerca da possibilidade de aprimorar a primeira relação. Por fim, os itens divergentes permaneceram quando citados por, no mínimo, dois dos juízes.

Os dados foram analisados com recursos de estatística descritiva e inferencial, utilizando o software SPSS 20.0. Para a característica definidora ser considerada presente, foi calculada a média dos valores dos itens respectivos para cada uma, considerando-se presentes as características dos pacientes que apresentassem pontuação acima da média. Ou seja, todo paciente que apresentasse resposta maior que a média da amostra seria considerado como possuidor das características definidoras. Com relação aos DE nos pacientes, foram considerados presentes os DE naqueles que apresentassem três ou mais características definidoras. A confiabilidade no uso da escala foi avaliada pelo alfa de Cronbach, sendo considerada como expressiva de consistência interna (CRE total,  $\alpha = 0,86$ ). Para avaliar a associação entre as variáveis contínuas utilizou-se o teste de correlação de Pearson.

Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do complexo hospitalar – Hospital Universitário Oswaldo Cruz/Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação

Ética (CAAE) nº 43056315.5.0000.5192 e parecer nº 1.007.864. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE aos integrantes da pesquisa, com a garantia da preservação do anonimato dos mesmos e da manutenção do sigilo durante todas as fases da pesquisa.

## ■ RESULTADOS

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (35; 67,3%), com idade média de  $45,04 \pm 9,43$  anos, solteiros ou sem companheiros (75,0%), procedentes da região metropolitana do Recife (23; 44,2%) e da capital (21; 40,4%), aposentados (19; 36,5%) ou assalariados (17; 32,7%), com renda de até 1,5 salários mínimos (36; 69,2%) e sem filhos (23; 44,2%). A principal filiação religiosa foi à igreja católica (22; 42,3%) e às evangélicas (19; 36,5%), sendo apenas um ateu (1,9%).

Os pacientes viviam, em média, com o diagnóstico há  $9,92 \pm 6,34$  anos, com tempo de uso da terapia antirretroviral há  $8,47 \pm 5,72$  anos. A média de internações prévias foi de  $1,29 \pm 1,91$  internamentos. Com relação às comorbidades, 19 pacientes (36,55%) apresentaram pelo menos uma e 18 (34,62%) apresentaram duas ou mais. Quinze pacientes não apresentaram comorbidades/doenças oportunistas (28,85%).

Com referência ao CRE, demonstrou-se que o CRE Positivo foi utilizado em escores médios altos ( $3,66 \pm 0,88$ ) e o CRE Negativo teve baixo uso ( $2,12 \pm 0,74$ ). No total, o uso do CRE foi alto ( $3,77 \pm 0,74$ ), tendo predominado o CRE positivo (razão  $CREN/CREP = 0,65 \pm 0,46$ ).

A inferência dos diagnósticos de enfermagem foi estimada considerando a combinação de três ou mais características definidoras. Dessa forma, estimou-se que 73,1% (38) dos pacientes apresentaram *Sofrimento espiritual*, enquanto 36,5% (19) apresentaram *Religiosidade prejudicada*. Os valores médios do número de características definidoras apresentadas foram de  $3,88 \pm 2,05$  e  $2,55 \pm 0,69$ , respectivamente. Dez pacientes (19,2%) apresentaram ambos os diagnósticos (Tabela 1).

Na análise de correlação, não houve significância estatística entre o número de características definidoras do *Sofrimento espiritual* com as variáveis de tempo de diagnóstico, tempo de terapia antirretroviral e internamentos prévios. A mesma análise para o número de CD do DE *Religiosidade prejudicada* mostrou associação fraca com os tempos de diagnóstico (p. 0,039) e terapia (p. 0,048).

As principais características definidoras para a *Religiosidade prejudicada* e *Sofrimento espiritual*, estão demonstrados na Tabela 2.

**Tabela 1** – Correlações entre os itens da escala de Coping Religioso-Espiritual com as características definidoras na opinião dos especialistas. Recife-PE, 2015

DE: Religiosidade prejudicada	Itens Escala CRE
<b>Características Definidoras</b>	
Questiona padrões de crenças religiosas	6, 9, 50, 51, 69
Relata angústia espiritual por separação de uma comunidade religiosa	41
Relata necessidade de reconectar-se com costumes anteriores	8, 60, 63, 74, 75, 87
Relata necessidade de reconectar-se com crenças anteriores	8, 13, 26
DE: Sofrimento espiritual	Itens Escala CRE
<b>Características Definidoras</b>	
Recusa integrar-se com líderes espirituais	15
Expressa raiva de um ser maior	4, 83
Expressa sentimento de abandono	32, 41, 84
Culpa	23, 56, 59, 78
Expressa falta de autoperdão	23, 56, 59
Relata estar separado de seu sistema de apoio	18, 41, 73
Solicita conversar com um líder religioso	12
Expressa falta de finalidade na vida	17
Expressa falta de significado na vida	30, 38
Raiva	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

## ■ DISCUSSÃO

O uso dos diagnósticos de Enfermagem ainda se configura como um desafio na prática assistencial, em particular os de caráter mais subjetivos, considerados menos prioritários. As possíveis explicações são a falta de formação para o uso das taxonomias no meio acadêmico<sup>(9-10)</sup> e a necessidade de mais estudos que considerem a dimensão psicoespiritual dos pacientes em geral e, em particular, os vivendo com o HIV/aids<sup>(11)</sup>.

Nesse estudo, foi demonstrada a presença de sofrimento espiritual em parcela significativa dos entrevistados, no entanto, não se observa na mesma medida a religiosidade prejudicada, além de ter sido verificado o predomínio do CRE positivo. No planejamento do cuidado a esses pacientes, deve-se considerar a religiosidade com fonte de fé e força, uma vez que, a mesma pode contribuir para melhorar o sofrimento espiritual vivenciado por esses pacientes<sup>(12)</sup>. É importante considerar que, a CD mais prevalente para o DE "Sofrimento espiritual" foi a falta de significado e finalidade na vida, falta de autoperdão e culpa. Para esses DE é bastante relevante à equipe de Enfermagem considerar as dimensões espirituais como fonte de auxílio na assistência e na promoção da saúde.

A religiosidade e a espiritualidade representam um apoio na aceitação do diagnóstico, proporcionando assim, uma atitude mais positiva no enfrentamento da doença, aspecto muito relevante para pessoas que convivem com doenças crônicas<sup>(5)</sup>. É necessário que a equipe de Enfermagem esteja capacitada para utilizar os diagnósticos relacionados com a religiosidade e espiritualidade e assim qualificar a assistência de Enfermagem.

Observa-se que, além da necessidade de aquisição da competência para trabalhar com DE envolvendo a religiosidade e espiritualidade, é importante o estabelecimento de vínculo profissional para iniciar a abordagem nesse contexto. Ressalta-se, no entanto, que não existe uma forma padrão de se trabalhar religiosidade e espiritualidade em saúde, que além da importância do estabelecimento do vínculo paciente-profissional e das competências e habilidades profissionais, deve-se considerar também, às crenças pessoais e às do paciente<sup>(5)</sup>.

Existem escalas validadas para avaliar religiosidade e espiritualidade, em seus vários aspectos, que vem sendo utilizadas em pesquisas<sup>(12)</sup>. Nesse estudo, utilizou-se escala validada para dar suporte ao uso dos diagnósticos de Enfermagem, em colaboração com as características de-

**Tabela 2** – Frequência estimada de características definidoras. Recife-PE, 2015

<b>DE: Religiosidade prejudicada</b>		<b>n(%)</b>
<b>Características Definidoras</b>		
Relata necessidade de reconectar-se com crenças anteriores		48(92,3)
Relata necessidade de reconectar-se com costumes anteriores		44(84,6)
Questiona padrões de crenças religiosas		11(21,2)
Relata angústia espiritual por separação de uma comunidade religiosa		4(7,7)
<b>DE: Sofrimento espiritual</b>		
<b>Características Definidoras</b>		
Expressa falta de finalidade na vida		45(86,5)
Expressa falta de significado na vida		45(86,5)
Expressa falta de autoperdão		29(55,8)
Culpa		27(51,9)
Expressa sentimento de abandono		14(26,9)
Solicita conversar com um líder religioso		14(26,9)
Recusa integrar-se com líderes espirituais		8(15,4)
Raiva		8(15,4)
Expressa raiva de um ser maior		7(13,5)
Relata estar separado de seu sistema de apoio		5(9,6)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

finidoras também validadas. Os resultados apontam essa possibilidade que deve ser considerada no ensino de Enfermagem, além de poderem ser utilizadas para qualidade e reconhecimento da Enfermagem como ciência.

Com relação ao uso da escala de Coping Religioso-Espiritual foi possível observar que CRE positivo foi utilizado em escores médios altos, o CRE negativo teve baixo uso, tendo predominado o CRE positivo. Baseado nos achados do estudo é possível dizer que a religiosidade/espiritualidade é relevante no enfrentamento do HIV, uma vez que, os escores de coping religioso-espiritual total foram altos. Além disso, o coping positivo foi mais utilizado do que o coping negativo, o que corrobora com resultados obtidos em outros estudos<sup>(13-16)</sup>.

O DE *Sofrimento espiritual* se mostrou elevado e a frequência das características definidoras retrata que o referido diagnóstico se relaciona mais com questões de transcendência e significado do que com práticas e crenças. Foram expressas, principalmente, duas dimensões diretamente relacionadas ao coping negativo: a falta de finalidade ou significado na vida e a relação culpa e autoperdão. De acordo com o que foi encontrado no presente estudo é possível observar que os entrevistados apresentam difi-

culdades em planejar suas vidas após o diagnóstico do HIV e percebem também mudanças no estilo de vida. Além de relatar sentimentos de abandono, desesperança, culpa, raiva, medo e incerteza do futuro.

Estudo nacional semelhante realizado com 146 pessoas vivendo com HIV/aids mostrou que 87% tinham necessidades psicoespirituais, em particular religiosas, afetadas pelo convívio da doença, não havendo impacto significativo na diminuição da qualidade de vida em nenhum domínio<sup>(17)</sup>.

O número de pacientes que apresentaram o DE *Religiosidade prejudicada* mostra positividade, visto que, os entrevistados consideram a religiosidade importante no enfrentamento da doença e na mudança do estilo de vida. A distribuição das características definidoras principais para o diagnóstico *Religiosidade prejudicada* estava relacionada principalmente às crenças, costumes e práticas, que os pacientes reconheciam como importantes e demonstravam a intenção de retomá-las ou reforçá-las. Para este diagnóstico, a maioria dos itens correlacionados fazia parte dos fatores positivos do coping, permitindo a compreensão de que para os pacientes a religiosidade é utilizada como fonte de fé, conforto e esperança para o fortalecimento pessoal.

Para os que se declaram adeptos a alguma religião, percebe-se a importância atribuída na autoaceitação da doença e nas novas condições que ela impõe. Neste sentido, a religião auxilia no enfrentamento da doença e na busca pelo significado da vida dentro do processo de adoecimento, o que corrobora com o que foi encontrado em outro estudo<sup>(5)</sup>. Algumas denominações religiosas ainda trazem em suas doutrinas conceitos que reforçam preconceitos e estigmas difundidos na sociedade. As falas analisadas dos pacientes, com algumas afiliações mostravam um sentimento maior e mais claramente expresso de culpa e dificuldade de autoperdão<sup>(5)</sup>.

Em publicação nacional, ao avaliar 90 pessoas com HIV foi encontrado que a religiosidade tinha relação positiva e significativa com a qualidade de vida, em especial, nos domínios psicológico, social e ambiental. Desses pacientes, a maioria se denominou "Religiosa" (33%) e "Muito religiosa" (30%)<sup>(14)</sup>.

O estudo mostrou que os entrevistados apresentaram falta de finalidade/significado da vida, expressaram sentimento de culpa e abandono, apresentaram raiva pelo diagnóstico, 26,9% reconheceram a necessidade de conversar com um líder religioso. O diagnóstico do HIV repercute no indivíduo alterações fisiológicas, sociais e principalmente psicológicas, uma vez que, além do estigma social, há a mudança do estilo de vida por causa do tratamento com os antirretrovirais, que muitas vezes vem acompanhado de efeitos colaterais, como também, surgem problemas relacionados à saúde mental, relacionados à culpa e raiva por não ter se prevenido, incerteza do futuro e o medo da rejeição, abandono e da morte.

Em um estudo longitudinal que acompanhou 177 pessoas com HIV por 10 anos revelou que, diante de situações potencialmente traumatizantes e de difícil adaptação, como, aproximar-se da morte, sofrer com o estigma da doença, pobreza e limitações, a maioria dos pacientes utilizou-se do enfrentamento espiritual, destes, metade experienciou conforto, empoderamento, crescimento, transformação e gratidão e um terço encontrou significado para a doença em sua vida e passou por um processo de resignificação<sup>(15)</sup>. Outro estudo, com amostra de 465 pessoas com HIV/aids, encontrou resultados similares, reforçando a relevância da religiosidade para se conviver com o estigma e com a doença<sup>(16)</sup>.

De forma contrária, o enfrentamento religioso-espiritual negativo, relacionado às crises e aos diagnósticos de enfermagem estudados foi evidenciado em relação direta com maiores níveis de depressão e menores níveis de qualidade de vida em uma amostra significativa de PVHA<sup>(17)</sup>.

Com relação à sistematização da assistência de enfermagem os dados revelam uma baixa incidência ou poucas

citações relacionadas à temática religiosidade e espiritualidade em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e aids<sup>(11)</sup>. O fato de não serem considerados prioritários não significa que diagnósticos como os que compõem o domínio 10 da taxonomia NANDA II – Princípios de vida, não sejam importantes.

Em publicação nacional que investigou 30 pacientes com HIV/aids para identificar os principais DE aplicáveis pelo modelo conceitual de Horta, encontrou, no domínio 10, apenas o DE *Disposição para o bem-estar espiritual aumentada*, e aplicado a três pacientes<sup>(18)</sup>. Não há como se afirmar que esses valores são devidos ao viés do entrevistador ou por falha do instrumento. Contudo, os dados apresentados retratam que há uma realidade subnotificada e que os profissionais de enfermagem deveriam ter maior interesse na temática. A aplicação dos diagnósticos de enfermagem relacionados à religiosidade e espiritualidade proporcionaria ao paciente uma assistência mais qualificada, bem como, auxiliaria na reflexão sobre a importância da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento e aceitação da doença.

## ■ CONCLUSÃO

A religiosidade e a espiritualidade são dimensões do ser que devem ser contempladas em todas as ações de enfermagem, no campo assistencial, de pesquisa e extensão, possibilitando uma construção do conhecimento.

Com o presente estudo foi possível observar que escalas validadas podem fornecer subsídios para a identificação de diagnósticos de enfermagem e conseqüentemente a elaboração de metas e ações no âmbito assistencial.

A alta incidência de *Sofrimento espiritual e Religiosidade prejudicada* encontrada mostra que o suporte religioso-espiritual pode auxiliar a PVHA no enfrentamento da doença e do estigma social, o que reforça que a utilização dos diagnósticos de enfermagem e suas intervenções podem contribuir na melhoria da assistência prestada a esses pacientes.

Tomar conhecimento sobre a importância da religiosidade/espiritualidade pode ajudar o profissional enfermeiro a criar um vínculo maior, de confiança como o paciente, visando estabelecer estratégias de coping religioso.

O presente estudo apresentou como limitação certo grau de dificuldade durante a coleta de dados, pelo fato da escala de Coping Religioso-Espiritual ser extensa e sua aplicação dar-se no SAE enquanto os pacientes aguardavam atendimento para a consulta com o especialista, bem como pela não elaboração de um plano de cuidados de enfermagem, fato este que suscita a necessidade da rea-



lização de pesquisas que ampliem seu objeto de estudo colocando em foco a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) à pacientes portadores de HIV/aids.

Os resultados aqui discutidos trazem contribuições para uma prática assistencial qualificada, com um atendimento mais eficiente considerando os diagnósticos de Enfermagem relacionados à religiosidade prejudicada e ao sofrimento espiritual, os quais devem, também, ser considerados no ensino de Enfermagem.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Geocze L, Mucci S, Marco MA, Nogueira-Martins LA, Citero VA. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev Saúde Pública*. 2010 [citado 2016 jan 07];44(4):743-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/19.pdf>.
2. Cohen et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011 [cited 2016 Jan 07];365:6:493-505. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1105243>.
3. Pence BW, Shirey K, Whetten K, Agala B, Itemba D, Adams J, et al. Prevalence of psychological trauma and association with current health and functioning in a sample of HIV-infected and HIV-uninfected Tanzanian adults. *PLoS One*. 2012 [cited 2016 Jan 07];7(5):e36304. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351441/pdf/pone.0036304.pdf>.
4. McIntosh RC, Rosselli M. Stress and coping in women living with HIV: a meta-analytic review. *AIDS Behav*. 2012 [cited 2016 Jan 07];16(8):2144-59. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22434282>.
5. Ferreira D, Favoreto C, Guimarães M. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. *Interface*. 2012 [citado 2016 jan 07];16(41):383-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2012.pdf>.
6. Szaflarski M. Spirituality and religion among HIV-infected individuals. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2013 [cited 2016 Jan 07];10(4):324-32. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11904-013-0175-7>.
7. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015/2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
8. Panzini R, Bandeira, D. Escala de Coping Religioso-Espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol Estud*. 2005 [citado 2016 jan 07];10(3):507-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18>.
9. Gomes ET, Melo RLAS, Vasconcelos EMR, Alencar EM. Use of nursing diagnoses anxiety and fear in the medical and surgical clinics of a university hospital. *R Pesq Cuid Fundam online*. 2012 [cited 2016 Jan 07];4(2):2419-26. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1779/pdf\\_575](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1779/pdf_575).
10. Camillo SO, Maiorino FT, Silva AL. Ensino da aids na perspectiva de docentes de enfermagem e sua relação com a complexidade. *Cogitare Enferm*. 2014;19(3):498-505.
11. Bastos AQ, Almeida ARC, Carneiro CMM, Rivemales MCC, Paiva MS. Scientific production on STD/HIV/aids: analysis of nursing journals. *Rev Baiana Enferm*. 2012 [citado 2016 jan 07];26(1):423-35. Disponível em: <http://www.portal-seer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5781/5991>.
12. Lucchetti G1, Lucchetti AL, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *São Paulo Med J*. 2013 [cited 2016 Jan 07];131(2):112-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23657514>.
13. Lee M, Nezu AM, Nezu CM. Positive and negative religious coping, depressive symptoms and quality of life in people with HIV. *J Behav Med*. 2014 [cited 2016 jan 07];37(5):921-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24469329>.
14. Medeiros B, Saldanha AAW. Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. *Estud Psicol*. 2012 [citado 2016 jan 07];29(1):53-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n1/a06v29n1.pdf>.
15. Kremer H, Ironson G. Longitudinal spiritual coping with trauma in people with HIV: implications for health care. *AIDS Patient Care STDS*. 2014 [cited 2016 Jan 07];28(3):144-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948611/pdf/apc.2013.0280.pdf>.
16. Chaudoir SR, Norton WE, Earnshwn VA, Moneyham L, Mugavero MJ, Hiers KM. Coping with HIV stigma: do proactive coping and spiritual peace buffer the effect of stigma on depression? *AIDS Behav*. 2012 [cited 2016 Jan 07];16(8):2382-91. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-011-0039-3>.
17. Oliveira FBM, Moura MEB, Silva FS, Oliveira BM, Pessoa RMC. Quality of life of people living with HIV/aids: care protocol for nursing practice. *Rev Pre Infec Saúde*. 2015 [cited 2016 Jan 07]; 1(2):9-20. Available from: <http://www.revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3602/pdf>.
18. Faria JO, Silva GA. Diagnósticos de enfermagem em pessoas com HIV/aids: abordagem baseada no modelo conceitual de Horta. *Rev Rene*. 2013 [citado 2016 jan 07];14(2):290-300. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/821/pdf>.

## ■ Autor correspondente:

Maria Sandra Andrade

E-mail: [sandra.andrade@upe.br](mailto:sandra.andrade@upe.br)

Recebido: 29.09.2016

Aprovado: 17.01.2017