

A ESPIRITUALIDADE ENTRE PACIENTES HIV+: UMA INTERPRETAÇÃO ANTROPOLÓGICA DO IMAGINÁRIO ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO SpNQ*



Cassiano Augusto Oliveira da Silva**, Ana Paula Rodrigues Cavalcanti***, Carlos André Macedo Cavalcanti****

Resumo: *o questionário SpNQ foi aplicado, em 2018, entre 157 pacientes HIV+ de um hospital público de João Pessoa-PB, e o resultado estatístico das respostas foi analisado com a Teoria Geral do Imaginário, onde o tema da morte foi relevante e diferenciado para esta amostragem, além da distinção entre “religião” e “espiritualidade”. O preconceito social contra a AIDS foi abordado historicamente, mostrando a forte influência do padrão moral cristão nas dimensões em que se agruparam os itens do questionário. É uma pesquisa transdisciplinar cujas contribuições podem auxiliar todos os que lidam, de diversas formas, com a enfermidade.*

Palavras-chave: AIDS. Espiritualidade. SpNQ.

É notório que atualmente o campo das Ciências Médicas passe por um período de mudanças e se encontrem a investigar novas frentes e trajetórias para o progresso do conhecimento. O norte científico da Medicina está direcionado para o campo das ciências biológicas no estudo das moléculas, na utilização dos fármacos nas terapias complementares de saúde, entretanto também há reco-

* Recebido em: 30.09.2019. Aprovado em 20.11.2019. A pesquisa de campo teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Centro de Ciências da Saúde (UFPB), sob CAAE: 84116018.7.0000.5188.

** Mestre em Ciências das Religiões (UFPB). Licenciado em História (UFPB). Graduado em Enfermagem (Faculdade Unida da Paraíba). Graduado em Teologia (Seminário Arquidiocesano da Paraíba Imaculada Conceição). *E-mail:* cassianojpb@gmail.com

*** Doutora e Mestre em Psicologia Social (UFPB). Graduada em Nutrição (UFPB). Docente em Ciências das Religiões (UFPB). *E-mail:* anapaulacavalcanti.ufpb@gmail.com

**** Doutor e Mestre em História (UFPE). Professor em Ciências da Religião e em História (UFPB). É líder dos Grupos Videlicet Religiões, de Estudos em Intolerância, Diversidade e Imaginário (CNPq). *E-mail:* carlosandrecavalcanti@gmail.com

nhecida tendência para o estudo da espiritualidade (KOENIG, 2004, p. 1195). Nesse viés, inúmeras pesquisas examinam o envolvimento da religiosidade e/ou espiritualidade com os diferentes aspectos da saúde dos indivíduos e boa parte deles assinala melhores indicadores de saúde e amoldamento a estímulos estressantes em pessoas que exercem atividades religiosas (ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006, p. 244). Hoje as pesquisas sobre a relação entre religiosidade e/ou espiritualidade e saúde buscam avaliar como crenças e/ou posturas religiosas ou espirituais se relacionam ou interferem na saúde e no estilo de vida dos indivíduos.

A saúde é conexa a um estado de bem-estar físico, psíquico, familiar, financeiro, profissional, ambiental, social e espiritual, como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), mas pouco relevo obteve a preocupação com a espiritualidade dos profissionais de saúde e aquela dos usuários desses serviços. É fato que os profissionais da saúde, em sua maioria, desconhecem a maneira de trabalhar a dimensão da religiosidade/espiritualidade que cada usuário carrega e que interfere diretamente na sua interação com o mundo que o cerca e as infecções que o acometem (BRITO, 2016, p. 7-9).

Para auxiliar os serviços de saúde a ponderar sobre este tema, questionários foram elaborados para medir a relevância da religiosidade/espiritualidade para os pacientes, a exemplo do Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ - Questionário de Necessidades Espirituais), mundialmente utilizado, composto de quatro dimensões ou fatores: Necessidades Religiosas; Necessidades de Paz Interior; Necessidades Existenciais e Doação Ativa, cada uma contendo itens (ou afirmações) com as quais o respondente concorda ou não, dentro de uma graduação que escolhe. Foi validado entre pacientes com doenças crônicas e em idosos saudáveis e estressados (BÜSSING *et al.*, 2018). No Brasil, foi validado no Rio de Janeiro entre pacientes HIV+ (VALENTE *et al.*, 2018) e por esta razão foi escolhido para replicação em amostra e serviço de saúde equivalentes.

O esforço aqui é o de compreender as particularidades encontradas nas respostas desta amostragem de uma enfermidade exclusiva, tomando por lastro o discurso das Ciências das Religiões com abordagem fenomenológica na Teoria Geral do Imaginário (TGI) de Gilbert Durand (1993, 2002), especialista no campo do imaginário e da mitologia.

A TGI postula que todo ser humano carrega em si os recursos do seu imaginário social, cultural e do universo no qual povoam os seus enfrentamentos, sendo um caminho original na compreensão dos indivíduos. Propõe uma interpretação de visão holística, considerando o indivíduo a partir das suas características biopsicossociais e espirituais, e suas percepções, assentadas na leitura do imaginário, extrapolando e enriquecendo os métodos interpretativos convencionais, sobretudo porque dinamiza a crítica das informações colhidas.

A TGI se presta de maneira especial a temas que envolvam a morte. Da TGI vem a noção de ‘eufemismo’, a determinante cultural que permite ao ser humano o enfrentamento da morte com as enormes variações que as diversas culturas apresentam para isto.

Este artigo trata do adoecimento e da possibilidade de morte a partir de um duplo olhar: Estudamos a morte enquanto fato social direto e possibilidade de sofrimento vivida no imaginário, mas também contextualizamos este processo no quadro geral daquilo que Max Weber chamou de “morte térmica do Ocidente” (*apud* DIEHL, 1996, p. 9). Tal enquadramento geral nos oferece um sentido da História para o tema do artigo, que Weber assim localizou como drama ocidental. Como acontece com muitos grandes pensadores, também no pensamento de Weber aparecem muitas antinomias. Para exemplificar: racionalização e modernização estão estreitamente ligadas ao processo de desencantamento do mundo. Weber, porém, tem plena consciência de que um mundo desencantado é um mundo sem encantos e um mundo assim está fadado a morrer de morte térmica. E, assim, o grande teórico da burocratização, da administração racional-legal e de outros ligados à modernização é, ao mesmo tempo, o homem que tem um medo enorme da jaula de ferro da submissão e de um mundo sem deuses nem profeta (WEBER, 2004, p. 85-94).

Neste contexto de risco para a própria civilização ocidental, a morte, ela própria, tende a ser tratada com destino ao esquecimento, ao desaparecimento. Mas como esta tarefa é impossível de concluir com êxito, o próprio Weber (1992, p. 440) verifica que a morte em si perderá o sentido para o homem ocidental:

[...] a vida individual do civilizado está ‘imersa’ no ‘progresso’ e no infinito e, segundo seu sentido imanente, esta vida não deveria ter fim. Com efeito, há sempre uma possibilidade de um novo progresso para aquele que vive no progresso. Nenhum dos que morrem chega jamais a atingir o pico, pois que o pico se põe no infinito.

Sendo assim, é numa sociedade cuja percepção da morte se tornou vazia, que encontramos o nosso objeto ou tema de estudo. Esta característica oca repercute em suas vivências. Estudou-se neste trabalho indivíduos adoecidos dentro do cristianismo – mesmo aqueles que não se consideram cristãos por adesão religiosa, mas que o são por questão cultural, já que o Brasil é parte da civilização cristã ocidental desde a sua criação como colônia.

Há duas grandes constelações simbólicas que norteiam a vida do cristão, e que estão expostas ao longo desta pesquisa: Existe um conjunto simbólico que associa de maneira diurna (com o contraste entre a luz e a sombra), uma oposição absoluta, onde a morte é um fim, ou um objetivo ela própria, a ser alcançado a partir de uma ascese específica do ‘bem morrer’. Muitas vezes, esta constelação inclui também a opção pela vivência na pobreza. É uma caracterização muito forte de um cristianismo teologizado a partir das Reformas do século XII e XVI, onde todas as correntes atualmente dominantes - católicas ou protestantes - estavam e estão presentes.

Numa outra constelação simbólica surge uma associação noturna, disseminatória, integradora, onde “morte” significa “renascimento”, e a pobreza tem um senti-

do de recusa dos excessos materiais deste mundo. Esta constelação liberta o cristão da lógica cartesiana do racionalismo (não confundir com a razão) e, portanto, da falta de sentido para a finitude da vida. Parece-nos bastante evidente que a primeira constelação lidera fortemente o grupo social (ou grupos sociais) analisado aqui.

Já vimos acima, nas análises de historiadores, que há uma relação entre medo e adoecimento. Para consolidarmos esta relação, dividimos a tipificação deste assunto em seus tempos históricos, posto que esta tipificação se expressa nas vivências dos pacientes deste estudo.

Foi durante a Idade Moderna que se solidificou a percepção de um conjunto de fatores a serem combatidos. São os seguintes: a peste, o furor, o vagabundo e o cripto-inimigo.

A peste é um fato medicinal anterior, mas sua concepção como preconceito social sistemático é fruto da ação clerical que a tornou algo demoníaco. Da mesma forma, utilizando-se principalmente da Inquisição - mas não apenas dela -, a noção do furor concretiza as culpas individuais e a perseguição ao chamado “sexo nefando”, ou seja, aos que apresentam práticas sexuais consideradas imorais. Estes receberam do cristianismo sofrimentos na forma de instrumentos de tortura, o julgamento com provas testemunhais e, em muitos casos, a morte na fogueira. Já o vagabundo é um tipo social caracteristicamente moderno, ou seja, da Idade Moderna. A consolidação do capitalismo gerou a necessidade de explicar os párias excluídos pelo sistema, e a proibição do “não-trabalho”, causado na verdade pelo crescimento do próprio capitalismo, e não pela vontade do indivíduo. A noção de vagabundo, portanto, pressupõe a existência de um ato de dominação, e tornou-se crime previsto em lei primeiramente na Inglaterra, e depois, lentamente, na maior parte dos países europeus. Ainda dentro do contexto da Idade Moderna, a figura maior do “bode expiatório” gerou a ideia do cripto-inimigo: aquele que aparece como respeitador das regras sociais, mas que na verdade, de maneira escondida e subliminar (ou na privacidade da sua casa), faz coisas contrárias ao conjunto central de valores daquela sociedade. É importante notar que estes quatro tipos sociais formam um grande Tipo Ideal estruturado pelo próprio clero, para justificar a prática da intolerância religiosa violenta. A Idade Moderna terminou no final do século XVIII, mas esta mentalidade permanece entre nós, como pôde ser percebido nos personagens históricos estudados aqui.

Acreditamos, porém, que a contribuição do século XIX para modelar o profundo preconceito enfrentado pelos doentes analisados nesta pesquisa é ainda mais forte que as tipificações da Idade Moderna: Foi no século XIX que o higienismo consolidou a noção de “imundície” e sua consequência, a noção de quem era “imundo”. Para tornar o conhecimento científico sobre a transmissibilidade de doenças através do contato e mesmo do ar, principalmente em ambientes fechados, a ciência – em geral com o apoio da política – valeu-se de tipos sociais estigmatizados; além dos “imundos”, incluiu aqueles que, por incrível que pareça, caíram em desgraça por um motivo teológico. A esta mentalidade

de combate à imundície somou-se a mentalidade teológica vinda dos embates religiosos da segunda metade do século XIX, onde se apontava pessoas de comportamento moral chamado (pejorativamente) de “moderno” como “fieis caídos e de retorno impossível”, já que o modernismo era considerado anti-cristão, e foi então profundamente combatido por parte das hostes cristãs do século XIX em diante. O nosso mundo contemporâneo não extirpou nem brigou contra estas seis características de mentalidade que se consolidaram entre os séculos XVI e XIX, e desta forma chegaram bem vivas ao século XX, quando eclodiu a epidemia da AIDS.

Em meio ao trajeto de dor de tais enfermos, dentro de sua condição e a partir de um processo de enfrentamento estruturado em seu inconsciente, com os recursos do imaginário, estes pacientes HIV+ vislumbram o levantar-se, o soerguimento diante desta condição específica de angústia existencial. Esta nova postura regala vigor ao enfermo, permitindo-lhe assumir-se como tal, oferecendo um firme lastro para continuar a construção de sua história como ser humano, individual e coletivamente.

Edgar Morin (2002, p. 62-63) expõe que o espírito do homem é operado pela morte; e esta fidúcia atrela-se à incerteza do momento em que fatalmente sucumbirá a ela, tornando-se então para o seu tempo de vida um manancial de angústia (insegurança, abafamento, ressentimento, dor, entre outros). A consciência do viver no tempo e de arrostar a morte, portanto, seria o resultado do encontro entre as consciências de si e do tempo.

AS CIÊNCIAS DA RELIGIÃO COM OLHAR PARA A SAÚDE

As Ciências da Religião (CR) permite ao pesquisador alcançar uma análise diacrônica e sincrônica do objeto de estudo - o fenômeno, a experiência e as expressões do religioso. Esta ciência se apresenta, segundo Hock (2010, p. 13) como “[...] a pesquisa empírica, histórica e sistemática da religião e de religiões e, para isto abrange uma diversidade de disciplinas que analisam e apresentam religiões e fenômenos desta natureza sob aspectos específicos”. E, de acordo com Usarski (2013, p. 51), “ela se dedica de maneira não-normativa ao estudo histórico e sistemático de religiões concretas em suas múltiplas dimensões, manifestações e contextos socioculturais”. Quanto à interdisciplinaridade, esta é uma realidade transversal dentro da atuação da CR. Já para Passos e Usarski (2013, p. 23-24), a CR abarcada como área particular, sendo detentora de um objeto, de procedimentos metodológicos e de discursos teóricos específicos, estruturar-se-á e executar-se-á por meio de um contíguo de abordagens distintas, que podem ser designadas como uma área menor, porém não inferior, como disciplinas ou como instrumentos teórico-metodológicos, que permitem sua execução metodológica e, como consequência, sua distinção como área do conhecimento científico.

O objeto de trabalho da CR é a religião ou as religiões. Quanto ao conceito desta, há um alarido interno de grande magnitude e que pelo visto não se encerrará em

um curto espaço de tempo, mas que não se configura um problema no campo da pesquisa científica na área das religiões. De acordo com Sampaio (2014, p.58), as referências clássicas e modernas, para a área em questão, como: “Max Müller, Émile Durkheim, Max Weber, Rudolf Otto, Mircea Eliade, Marcel Mauss, Clifford Geertz, Joachim Wach, Peter Berger” e tantos outros, já se debruçaram na discussão do conceito de religião. Mas o que nos interessa é que a visão do que é religião e seu uso como terminologia angariou uma amplitude tamanha à sua essência que o termo carrega, e saiu daquilo que se enxergava do cristianismo, como modelo de religião e fé, pronto e acabado.

Não importando a prerrogativa da tradição dos estudos hermenêuticos que infringe e viola os limites da análise científica, ao cientista das religiões cabe ser capaz de escolher, “caso a caso, a partir de suas competências e das circunstâncias externas, o instrumento que se revelar mais apto para alcançar o objetivo interpretativo” (FILORAMO; PRANDI, 2016, p. 21-22). Nesse entendimento, um caminhar de passos firmes no peregrinar de um cientista das religiões, se dá ao tempo em que este toma por base sua própria formação e as questões que se colocam sobre (e para) “a religião como dimensão cultural, além de utilizar caso a caso as chaves mais adequadas para a leitura das realidades religiosas que se fizeram e se fazem presentes nas sociedades desde os primórdios da humanidade” (FILORAMO; PRANDI, 2016, p. 275).

Religiosidade e espiritualidade são termos que carregam uma hermenêutica e uma epistemologia próprias, possuem histórias e têm conhecimento sobre os condicionamentos brevemente denominados históricos, que equivalem às condições sociais, políticas, econômicas e outras. Como característica comum, a religiosidade e a espiritualidade buscam pela afirmação do sentido e, diferem-se na forma como se constrói o sentido. A religiosidade tem como origem do caminho para a construção do sentido uma entidade superior, via fé e modo como se vivencie uma crença. A espiritualidade não necessita de um ser superior para construir o sentido; este se dá por meio da reflexão. Se a espiritualidade permite a integração do homem por meio do cultivo da profundidade, a religião foca na integração. Os caminhos percorridos são díspares, mas o fim perseguido é o mesmo. Também pode se dizer que a espiritualidade é a relação que nos insere e transcende, bem como fornece significado à vida, como postula Farris (2008, p. 165-166).

Hans-Jürgen Greschat (2005, p. 155-157) afirma que o teólogo visa proteger e enriquecer sua tradição religiosa; os cientistas da religião não prestam um serviço institucional, diferentemente dos teólogos. Os cientistas das religiões não são chefiados por nenhuma hierarquia, nem tem a obrigação de fornecer satisfação a nenhuma instância superior. Quais seriam, isto posto, as contribuições das CR para as ciências da saúde? Mais especificamente, qual o perfil espiritual/religioso de determinado grupo e como sua espiritualidade/religiosidade seria capaz de influenciar o processo saúde-doença?

A CR volta-se para captar as especificidades dos fenômenos espiritualidade/religiosidade. É legítimo encontrar o caminho que conforte, auxilie, ampare ou mes-

mo queajude a explicar o processo saúde-doença, como um lenitivo das horas. Admitindo a instância do processo da imaginação e do poder da imagem neste caminho, assim como no fenômeno religioso (de onde viria a espiritualidade), a TGI auxiliará na compreensão dos posicionamentos dos portadores de HIV/AIDS da Paraíba, sobre sua condição existencial - mediante as respostas ao SpNQ, numa percepção e esforço multidisciplinares de exposição e explicação do recurso à religiosidade/espiritualidade para enfrentar a nova realidade encontrada por estes pacientes após seu diagnóstico.

A TEORIA GERAL DO IMAGINÁRIO NA COMPREENSÃO DO ENFRENTAMENTO DA AIDS

A TGI defende que a imaginação simbólica primordialmente reage contra o fatídico evento da morte, numa reação dual entre a aptidão para a vida e a aptidão para a morte, ascendendo ideias e imagens arrasadoras da representação causticante e deprimente da finitude. A imaginação eufemiza, ou suaviza - mas não contradiz - o que a consciência ergue perante o evento da morte; ao contrário, trata-se de um “dinamismo prospectivo que através de todas as estruturas do projeto imaginário, tenta melhorar a situação do homem no mundo” (DURAND, 1993, p. 99).

Durand, responsável pela TGI a partir do conceito de “acomodação” de Piaget (que se compreende como a modificação de um esquema ou de uma estrutura em função das particularidades do objeto a ser assimilado), afirma que o imaginário seria esse transcurso no qual a representação do objeto se permite absorver e modelar pelos imperativos pulsionais do sujeito, e no qual, mutuamente, como tão bem refletiu Piaget, as representações subjetivas se explicam pelas acomodações anteriores do sujeito ao meio objetivo (DURAND, 2002, p. 41). Nesse viés, Cavalcanti e Cavalcanti (2015, p. 15-16) expõem o imaginário como reflexo dos usos profundos da memória, e o ato do imaginar seria uma reestruturação do mundo, capaz de ir além da decrepitude cronológica - condição cosmopolita que em todos operam.

Atente-se aqui para uma determinante da saúde mental (individual e coletiva): o grau de harmonia entre o imaginário das pessoas e o de suas culturas, considerando que uma cultura é caracterizada pelo modo de influência mútua entre o sensível (presente nos seres humanos) e o meio (tanto social quanto geográfico). A imaginação é, para Durand (1993, p. 83), uma determinante principal para a homeostase, ou o fator geral do equilíbrio psicossocial.

Ao enfrentar o diagnóstico positivo para HIV, a angústia domina o mundo simbólico-organizacional do paciente, que, para Durand (*apud* CAVALCANTI; CARMONA, 2018, p. 382), “[...] é composto de uma dualidade, explicada nos regimes, que sem se anular, coexistem e são condições pertinentes da existência como vida e morte, contrariedade e questionamentos”.

Perversão, indignidade e contrição refletem o sentimento de culpa que pode desembocar no ato de detestar-se. Conservam-se sentimentos como raiva e mágoa,

talvez por causa de inúmeros ‘delitos sociais cometidos’. A origem do sentimento de culpa está na consciência de ter feito algo de forma contrária, dentro da liberdade humana situada em meio a regras morais, religiosas ou sociais; portanto, a culpa é consequência de uma decisão livre (MEDEIROS, 2010, p. 30; SOARES, 2003, p. 43). A ignorância e o medo ainda pairam sobre as sociedades, principalmente sobre o portador do vírus da imunodeficiência ou da síndrome ocasionada por este vírus, semeando dores existenciais. O vácuo espiritual típico da contemporaneidade é o cenário que constela os quatro fatores que comentaremos a seguir. Durand (1995, p. 56) estudou detidamente este esvaziamento – que Weber chamou de Desencantamento do Mundo – como se nota em um trecho seu:

Em nome da historicidade, dois mil anos de história são sacrificados no altar do agiornamento que está na moda — dois mil anos de uma lenta sedimentação de crenças, liturgias e dogmas. A antiga árvore de Jessé é anexada alegremente à modernidade humanista. Não só se faz passar a fé antes das obras, como o fez a Reforma, mas ainda liquida-se ‘a religião’, ‘o sagrado’, o ritualístico, quem sabe até ‘as crenças’, em nome de uma curiosa ‘fé’ que se limita, como exegese, ao reducionismo da psicanálise ou da economia política [...]

Neste estudo, feito num hospital específico para pacientes HIV+ de João Pessoa – Paraíba, aplicou-se o questionário SpNQ, já validado no Brasil, para verificar como se compõem as dimensões da espiritualidade/religiosidade percebida em 157 desses pacientes. Após o tratamento estatístico, verificou-se haver uma dimensão nova que foi denominada Necessidade de Paz Interior e Apoio Familiar, composta pelos itens “Permanecer em um lugar de quietude e paz; Encontrar paz interior; Ter mais contato com a beleza da natureza; Receber mais suporte de sua família; Ser inserido novamente nas preocupações de seus familiares e Sentir-se conectado com sua família”. Ficou clara a sua importância como fonte de resiliência para o enfermo, além de uma proteção social crítica para os que enfrentam a infecção. A família pode ser tida como a mais importante unidade de cuidado para seus membros, ajudando na sua homeostase, no equilíbrio físico e mental destas pessoas. Mas na mesma família ocorrerem ações díspares como vergonha, culpa, raiva, negação, rejeição, indiferença, e acolhida, compreensão, apoio e aceitação. Nesse contexto, por medo das reações negativas ao seu diagnóstico, o enfermo muitas vezes vê-se forçado a esconder sua nova condição, tornando-se solitário, deprimido, sem esperanças e perdendo o sentido da vida (SILVA; TAVARES, 2015, p. 1110; BOTTI et al., 2009, p. 404).

A família, diante da urgência das novas necessidades de assistência de um de seus membros, vitima-se pelo processo, busca auxílios diversos para suportar e sobrepujar tais dificuldades com altruísmo, como se estivesse realizando um

tipo de sacrifício ou sofrendo uma punição. É quando se ressalta para ela a religião/espiritualidade, o apego a algo transcendental ou não, como uma esperança: a possível fonte de cura. Eis um ponto a ser fortalecido por todos: o de retirar a cara da morte que foi posta na AIDS, e compreendê-la como uma doença crônica que precisa de cuidados. É preciso perceber que todos ‘sofremos’ da condição humana, condição esta da qual nenhum humano pode fugir (BOTTI *et al.*, 2009, p. 401; PESSINI, 2010, p. 104-105).

A família também precisa ser assistida pelos profissionais da saúde e das ciências da religião, quando for o caso, para que possa atender a contento as necessidades do enfermo portador de uma doença crônica. Segundo a classificação de enfermagem denominada NANDA-I internacional, a dimensão espiritual é de fundamental importância para a profissão. Seis são os diagnósticos de enfermagem comportados nessa taxonomia, a saber: a) disposição para bem-estar espiritual melhorado, b) disposição para religiosidade melhorada, c) religiosidade prejudicada, d) risco de religiosidade prejudicada, e) sofrimento espiritual e f) risco de sofrimento (NANDA-I, 2018, p. 36).

Manter a autoestima, a motivação pelo apoio, pela crença, pela fé em algo superior, a fé na própria pessoa, a fé na vida, a confiança na ciência, o amparo familiar, a esperança entre outros, é um elemento indispensável para proteção do indivíduo na condição de enfermo e promoção de bem-estar do soropositivo diante da existência. Conforto espiritual não se resume à prática religiosa; vai além da fé e perpassa os mais diversos elementos e esferas que constituem o ser humano (SOARES, 2003, p. 96).

A segunda dimensão notada na forma que os itens do questionário se agruparam foi chamada de Reconhecimento Social, composta pelos itens “*Participar de uma cerimônia religiosa (ex: missa, culto); Que alguém da sua comunidade religiosa (ex: pastor, padre) cuidasse de você e Ler livros religiosos/espirituais*”, e recebeu esta denominação pela evidência do peso que a sociedade de origem e a religiosa (no seu aspecto social) exercem sobre estes pacientes. Tal característica não apareceu nos outros estudos de validação do SpNQ, certamente devido à amostragem específica de HIV+ deste estudo.

A terceira dimensão foi denominada Domínio do Tempo, e compôs-se dos itens “*Refletir sobre seu passado e Resolver aspectos ‘em aberto’, problemas pendentes na sua vida*”. O tipo da amostragem deste estudo provavelmente causou este efeito, o que denota a diferença que a possibilidade concreta e constante de morrer por causa e em tempo previsíveis, mensuráveis, causa na percepção da finitude e sentido da existência destes pacientes.

O quarto fator, Necessidades Existenciais, reuniu os itens “*Falar com alguém sobre a possibilidade de vida após a morte; Falar com alguém sobre o significado da vida; Falar com os outros sobre seus medos e preocupações e Encontrar sentido na doença e/ou sofrimento*”, corroborando a importância adquirida pelo fator Domínio do Tempo nesta enfermidade, aumentando a relevância do tempo que resta da própria existência, e a busca do sentido para esta nova situação no mundo. Esta dimensão também apareceu em outros estudos que utilizaram o SpNQ.

O quinto fator, Necessidades Religiosas, formou-se com os itens “*Que alguém reze por você; Rezar/orar com alguém; Abrir mão, doar algo seu; Rezar por asi mesmo; Voltar-se para uma presença maior (ex: Deus, Alá); Voltar-se para alguém em uma atitude de amor; Consolar alguém e Transmitir sua própria experiência de vida a outras pessoas*”. Esta dimensão apareceu em outros estudos que utilizaram o SpNq. Mas as “necessidades religiosas” dos HIV+ paraibanos são desvinculadas de um caráter institucional, expressando o que se categoriza como espiritualidade: os esforços, as experiências ou as interpretações dos indivíduos são guiados pela busca de sentido, na busca de forças para enfrentar a condição na qual se encontram e esta busca pode estar atrelada à figura de uma entidade sagrada e transcendente (Deus/Deuses/Outros) ou não, a uma instituição de cunho religioso ou não.

O sentido, a força vital é *opus* da reflexão; leia-se por reflexão este esforço de ida ao interior de si e a capacidade de se interligar a todas as coisas, ou elementos, em volta, buscando não apenas gozo, mas sentido para os enfrentamentos. Para Leonardo Boff (2009, p. 3):

o drama do ser humano atual é ter perdido a espiritualidade e sua capacidade de viver um sentimento de conexão. O que se opõe a espiritualidade não é a ir-religião ou o ateísmo, mas sim a incapacidade de ligar-se e religar-se com todas as coisas.

Durante anos, o social reverberou o que era ditado pelo religioso; é fato que isto ainda ocorre. Alguns crimes de ódio têm respaldo em inúmeros discursos religiosos na atualidade. Entretanto, observa-se postura de criticidade em relação à moral apregoada por algumas instituições religiosas e, também sobre o que se escuta a respeito do HIV/AIDS. Diante do pluralismo, da diversidade, de multiplicidades de estilos, de comportamentos e de costumes, os indivíduos podem, devem e escolhem aquilo que lhes causa satisfação. No âmbito pessoal, nem mesmo se dá como um capricho, mas como parte integrante de si, determinando quem ele é! E a escolha não acontece de forma aleatória, não se trata de um produto que se escolhe numa prateleira de supermercado, trata-se da escolha motivada pela seleção de valores. No entanto, num mundo onde a pluralidade insurge no contexto das relações sociais e culturais, estruturando-as, onde há uma gama de religiões na qual o ser se permite dialogar da forma que lhe convém, sendo capaz de dialogar com mais de uma religião ao mesmo tempo, além das adesões parciais aos valores ofertados pelas religiões, aceita-se uma verdade de fé e discorda-se de outra, escuta-se um sermão, mas deste só interessa uma parte.

Existe na atualidade uma nova forma de expressar a fé; além das profissões de fé tradicionais, com seus ritos, ritmos e costumes, agora o ser humano é entendido como sujeito causador/criador/gerador de sua própria autonomia e liberdade diante da crença. É a consciência do sujeito que passa a ser o critério funda-

mental para a constituição do universo religioso e para sua movimentação na esfera religiosa¹. Ele necessita da espiritualidade, mas não da religião; seu universo espiritual é desprendido da figura de uma divindade; a face mística de Deus não tem nome nem natureza, Ele é; a ciência é sua religião; ele crê no amor como a face de Deus.

Quando se entra na esfera da culpa, manipula-se uma convocação para uma responsabilidade de algo que foi realizado e cujo resultado não trouxe apenas o prazer de sua realização, mas o encargo doloroso que o indivíduo vivencia de forma consciente ou inconsciente sobre o resultado obtido com determinada prática. O contexto sofre interferência sensivelmente negativa quando o realizado atrela-se a alguma norma moral proibitiva, que ele em sua consciência não poderia infringir, ou que seu ato tenha repercutido também negativamente em outrem, principalmente quando com este outrem existem laços profundos de afeto. Retornar ao passado, quando não bem acompanhado, pode ser uma transformação contínua e uma fonte geradora de ódio e remorso (MEDEIROS, 2010, p. 35). Assim sendo, qual o sentido de refletir sobre o seu passado? Por que então remoer coisas do passado, se cada ida a este é uma personificação do sofrimento que carrega até os dias de hoje? É interessante ver que existem pessoas nas quais o sentimento de culpa ainda está latente.

A satisfação das necessidades - não do supérfluo, mas do básico -, para que o ser humano possa enfrentar a existência e seus infortúnios, é a cantiga que acalenta a pessoa individual e coletivamente, promovendo o processo de enfiamento do tempo e da morte. As necessidades espirituais respondem pelo equilíbrio dos indivíduos, quer professem uma fé ou não. Mas nesta realidade de culpa, remorso, ressentimento e medo da AIDS, a religião exerce papéis ambivalentes, podendo ser prejudicial ou benéfica para o soropositivo.

A espiritualidade e a religiosidade são aspectos que diferenciam os seres humanos entre si e de outras criaturas, e são meios onde se sobressaem diferenças entre sociedades de distintas formas. Saber como lidar com tais aspectos, individual e coletivamente, é imprescindível para manutenção da saúde mental e física das pessoas. Precisa-se compreender que a espiritualidade e a religiosidade se referem diretamente ao existencial de cada ser, sendo uma experiência particular e intransferível, revelada no modo de entender a própria existência e assim enfrentar os infortúnios.

Nesta nossa empreitada, parece que o medo é a emoção que ressoa todas as vezes que nos deparamos com o portador do HIV/ AIDS no mundo ocidental. Neste trabalho, a interiorização deste sentimento nos indivíduos tem sua gênese na profissão de fé cristã. A figura do demônio e da desobediência à vontade de Deus foi conectada ao medo pelo cristianismo. Jean Delumeau (1989) trabalhou o medo como objeto de verificação histórica, e em seus estudos postula que foram os homens de fé que expuseram a figura do demônio e do pecado como os inimigos do próprio homem, fazendo o inventário dos possíveis males que tais oponentes são capazes de provocar juntamente com os seus procuradores, elencados naquele momento entre os turcos, judeus, heréticos e praticantes da bruxaria.

Foram os homens de fé que investiram no encontro com o anticristo e propagaram o juízo final que, como o próprio nome determina, porá um fim no mal que arrasa a terra. Um ultimato de morte vislumbrou-se, fragmentado em medos devidamente nomeados e ilustrados, refletidos e aclarados pelos homens da Igreja, sempre ornados pelo discurso da fé e da sã doutrina (DELUMEAU, 1989, p. 336). Como atormentadores de sonhos do mundo ocidental, segundo o referido historiador, entre os séculos XIV e XVIII, estão: o mar, os mortos, as trevas, a peste, a fome, a bruxaria, o fim dos tempos (leia-se, o apocalipse) e satanás com seu séquito. De acordo com Delumeau (1989, p. 303), são três os tipos de medo: os medos permanentes (como o medo da morte e do incógnito), os medos cíclicos (como o medo do fim do mundo) e os contextuais (que até então não existiam, pois tal situação não havia).

Viver é um eterno administrar de medos contextuais, em meio aos permanentes e os cíclicos. No medievo tinha-se medo da peste; na atualidade o campo das ciências da saúde é distinto por um emaranhado de medos contextuais; é algo frequente tanto do lado dos profissionais - que se expõem às situações de risco através da realização do seu exercício profissional - quanto do lado do paciente portador de uma doença infectocontagiosa, passível de cura ou não, ou detentor de uma enfermidade recém-descoberta, cujo arsenal terapêutico ainda seja ineficaz ou incipiente. Normas de biossegurança garantem a proteção dos assistentes e assistidos, mas paira o medo.

Saindo das paredes dos serviços de saúde, o medo do adoecer é uma constante, como o medo que se arrasta frente ao HIV/AIDS, mesmo com todo aparato técnico científico informando ao máximo a seu respeito. É AIDS - mas não se adquire pelo sexo protegido com camisinha, pela masturbação a dois, pela troca de beijo no rosto ou na boca, pelo contato com suor ou lágrima, pela picada de inseto, pelo aperto de mão ou abraço, pelo compartilhamento de sabonete, toalha, lençóis, talheres, copos, pelo assento de ônibus, pela água da piscina, pela doação de sangue ou pelo ar. Entretanto o receio do contágio pelo HIV e, a condição de portador do HIV/ AIDS ainda coloca o indivíduo e a sociedade numa condição de medo - da situação, do desconhecido, da morte e, em alguns casos, do fim dos tempos. No enfrentamento, o medo é uma condição necessária da existência simbólica; algumas angústias são direcionadas pelo inconsciente para o medo. E o imaginário é uma resposta à angústia existencial frente à passagem do tempo, onde acontece toda a execução da vida humana.

Quando nos referimos à compreensão e ao enfrentamento, estamos nos atendo a respostas que os seres humanos possuem e executam diante dos estímulos do meio em que vivem, e que não se dá de forma instintiva. Há um encadeamento entre reflexão, interpretação e reação. Não é o tempo ou fração de segundos para realização deste sequenciar, mas as imagens, quer sejam elas visuais, auditivas ou sensoriais, detendo uma importância terapêutica, capaz de organizar a realidade e doar sentido às experiências dos indivíduos (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015, p. 22-23).

O imaginário encontra-se na universalidade, apresenta-se nos seres humanos, nas sociedades, sem prender-se ao tempo. É deste erário que o homem faz história, vive os tempos históricos e míticos, transforma o mundo e enfrenta a sua tragédia ontológica, seu fim. E não é nada mais que o trajeto no qual a representação² do objeto que se deixa assimilar e modelar pelos imperativos que pulsam no sujeito. A imaginação, enquanto função simbólica, revela-se importante para o equilíbrio psicossocial. O imaginário, essencialmente identificado com o mito, constitui o primeiro substrato da vida mental, da qual a produção conceitual é apenas um estreitamento. A expressão distinta das imagens está no mito, que forma o cerne significativo do imaginário, um sistema dinâmico de símbolos, de arquétipos e de *schèmes*. Sob o impulso do imaginário, transforma-se em narrativa. O mito tem a característica de ser ininterruptamente transpessoal, transcultural e metalinguístico, nele há permuta do tempo profano por um tempo sagrado. É interessante lembrar que nada disto ocorre de forma aleatória, existe uma lógica, uma estruturação, que faz do imaginário um ‘mundo’ de representações. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2015, p. 33; ARAÚJO; TEIXEIRA, 2009, p.10).

A existência de um portador do HIV/AIDS é assinalada pela antítese saúde x doença, numa luta contínua onde se vive e morre a cada dia, mas neste prélio não há vencedor nem vencido. Tal indivíduo está imerso num mundo da heterogeneidade. Abordar o fator “Necessidades Existenciais” expressa bem tal dicotomia: possibilidade de vida após morte; significado da vida; falar sobre seus medos e preocupações, o sentido da doença e do sofrimento. Observa-se, nesta relação saúde-doença, uma angústia existencial que se estrutura como uma lâmina, atravessando o ser humano quando se depara com o trânsito da história - o tempo e a finitude (a morte).

O soropositivo, para enfrentar a existência e seus infortúnios, faz uso do imaginário, apelando ao inconsciente e à dimensão simbólica que eufemiza a passagem do tempo e a certeza da morte, oferecendo recursos para o enfrentamento, por meio de “três recursos: armar-se para destruir a morte; criar um universo harmonioso no qual a morte não possa entrar; ou adotar uma visão cíclica do tempo no qual a morte significa renascimento” (OTON, 2015, p. 66).

Em espiritualidade e religiosidade, a TGI perscruta sistemas simbólicos e suas narrativas míticas, embasando as sociedades e sua trajetória histórica, nas mais diferentes esferas – biológica, social, cultural, religiosa entre outras, e se revelam no imaginário social.

Desta forma, a TGI vem fazer a todos o convite de imergir nas profundezas da psique humana e se deparar com o fato que só há um tempo individual e coletivo, e o campo simbólico é essencial para a psique humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SpNQ é sensível a diferenças de amostragens enfermas e a variações culturais. No presente estudo, os pacientes HIV+ indicaram possuir uma espiritua-

lidade/religiosidade que distingue a busca pessoal pelo transcendente da interpretação clerical, oficial, da instituição religiosa e da sociedade que porventura os julguem.

A necessidade de apoio familiar e reconforto espiritual mostraram-se extremamente importantes para estes pacientes. A percepção da finitude da vida e do tempo foi relevante, provavelmente devido às peculiaridades da doença em comum no grupo, agudizando suas necessidades existenciais percebidas, na forma de preocupações espirituais.

A Teoria do Imaginário permitiu interpretar as angústias destes pacientes de uma maneira não apenas antropológica, mas também fraterna, historicamente circunscrita através da narrativa mítica por trás dos discursos e atitudes sociais vigentes perante esta doença e a possibilidade de morte que simboliza (em suas várias apresentações: morte social, emocional, física, espiritual, genealógica, dentre outras).

Com estes resultados, oferece-se à academia uma demonstração de quão frutífero pode se mostrar o trabalho multi e interdisciplinar no campo das ciências da religião, permitindo não só aos profissionais de saúde refletirem sobre suas condutas no atendimento a esta clientela, mas também à própria sociedade ponderar sobre seus valores basilares e as consequências espirituais que acarretam aos que dela fazem parte.

SPIRITUALITY AMONG HIV+ PATIENTS: AN ANTHROPOLOGICAL INTERPRETATION OF THE IMAGINARY THROUGH SpNQ QUESTIONNAIRE

Abstract: *the SpNQ questionnaire was applied, in 2018, among 157 HIV+ patients of a public hospital of João Pessoa-PB. The statistical results of the answers were analyzed with the General Theory of the Imaginary. The subject of death was relevant and differentiated for this sample, in addition to the distinction between “religion” and “spirituality”. The social prejudice against AIDS was historically approached, showing the strong influence of the Christian moral standard in the dimensions in which the items of the questionnaire were grouped. It is a transdisciplinary research whose contributions can help all who deal with the disease in different ways.*

Keywords: AIDS. Spirituality. SpNQ.

Notas

- 1 Na contemporaneidade a religião, se comparada ao modelo tradicional, ordenado por valores morais engessados e por um dogmatismo inquestionável, pode agora ser compreendida nas suas mais diferentes formas. Observa-se o surgimento de um novo dentro das particularidades religiosas que não segrega o emocional, o popular e o individual. O ser religioso não carrega mais a obrigatoriedade do sentimento de pertença a um grupo identitário no quesito

fé. O sagrado adquire diferentes faces, formas, ou se configuram como representação do meio no qual o homem se insere. E quanto à espiritualidade, esta pode estar tão próxima do sentido religioso e teológico, como também distante destes, sendo assim interpretada como o amor bem pensado à vida.

- 2 Para Gilbert Durand, o imaginário é o fio condutor do ser humano, consigo mesmo e com mundo, isto num movimento dinâmico de reflexão e de reorganização. Tal dinamismo é obrigatório para imaginação, uma vez que “a faculdade de simbolização de onde todos os medos, todas as esperanças e seus frutos culturais jorram continuamente desde cerca de um milhão e meio de anos que o homo erectus ficou em pé na face da terra” (DURAND, 2004, p. 117). Desta forma, as representações podem ser compreendidas como a decodificação da realidade, que adquire um caráter formal, resultado do processo de racionalização, permeado de componentes mítico e imaginais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. *Rev. Bras.Psiquiat.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018. Acesso em: 01 fev. 2018.

ARAÚJO, A. F.; TEIXEIRA, M. C. S. Gilbert Durand e a pedagogia do imaginário. *Letras de Hoje*, v. 44, n. 4, p. 7-13, out./dez. 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/viewFile/6539/4746>. Acesso em: 06 jul. 2018.

BOFF, L. *Jung e o mundo espiritual*. Caxias do Sul: Correio Rio-Grandense, 15 de novembro de 2009.

BOTTI, L. M.; LEITE B. G.; PRADO F. M.; WADMAN P. A. M.; MARCON, S.S. Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/AIDS. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 400-405, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a18.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2019.

BRITO, H. L. de. *Coping religioso, resiliência e qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS*. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016. 134p.

BÜSSING, A.; RECCHIA, D. R.; KOENIG, H.; BAUMANN, K.; FRICK, E. F. Structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in Persons with Chronic Diseases, Elderly and Healthy Individuals. *Religions*, v. 9, n. 13, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322312675_Factor_Structure_of_the_Spiritual_Needs_Questionnaire_SpNQ_in_Persons_with_Chronic_Diseases_Elderly_and_Healthy_Individuals/link/5a536d270f7e9bbc10569ffa/download. Acesso em: 12 fev. 2018.

BÜSSING, A.; VALENTE, T. C. de O.; CAVALCANTI, A. P. R.; COSTA JUNIOR, C. P. da. Transcultural adaptation and psychometric properties of portuguese version of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) among hiv

positive patients in Brazil. *Religions*, v. 9, n. 135, 2018. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2077-1444/9/4/135>. Acesso em: 23 mai. 2018.

CAVALCANTI, C. A.; CARMONA, R. M. Uma leitura do imaginário na iconografia devocional: atributos e adereços de São José. In: COSTA, C. L. F.; COSTA, L. A. F.; SILVA, V. da. *Justiça e Santidade entre o humano e o Divino*. Goiânia: Espaço acadêmico, 2018. p. 370-385.

CAVALCANTI, C. A.; CAVALCANTI, A. P. *O que é imaginário? Olhar biopsicossocial da obra transdisciplinar de Gilbert Durand*. João Pessoa: Ed. da UFPB, 2015.

DELUMEAU, J. *História do medo no Ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada*. 3. ed. Tradução: Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DIEHL, A. A. *Max Weber e a História*. Passo Fundo: EDIUPF, 1996.

DURAND, G. *O imaginário: ensaio acerca das ciências e da filosofia da imagem*. Tradução: René EveLevié. Rio de Janeiro: Difel, 2004.

DURAND, G. *A imaginação simbólica*. 6. ed. Tradução: Carlos Aboim de Brito. Lisboa: Edições 70, 1993.

DURAND, G.A. *Fé do sapateiro*. Tradução: Sergio Bath. Brasília: Ed. da UNB, 1995.

DURAND, G. *As estruturas antropológicas do imaginário*. 3. ed. Tradução: Hélder Godinho. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FARRIS, J. R. Aconselhamento psicológico e espiritualidade. In: AMATUZZI, M. M. *Psicologia e espiritualidade*. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2008. p. 161-172.

FILORAMO, G.; PRANDI, C. *As ciências das religiões*. São Paulo: Paulus, 2016.

HOCK, K. *Ciência da religião*. Tradução: Monika Ottermann. São Paulo: Loyola, 2010.

GRESCHAT, H. J. *O que é ciência da religião?* Tradução: Frank Usarski. São Paulo: Paulinas, 2005.

KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Medical Journal*, United States, v. 97, p. 1194-2000, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15646757>. Acesso em: 28 ago. 2018.

MEDEIROS, B. *A Relação entre religiosidade, culpa e avaliação de qualidade de vida no contexto do HIV/AIDS*. 2010. 99 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7016>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MORIN, E. *O método*. V. 5: a humanidade da humanidade: a identidade humana. Tradução: Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2002.

- NANDA-I. *Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação* 2018-2020. 11. ed. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2018. Disponível em: http://nascecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/08/NANDA-I-2018_2020.pdf. Acesso em: 09 abr. 2019.
- NEJAT, N.; WHITEHEAD, L.; CROWE, M. Exploratory Psychometric Properties of the Farsi and English Versions of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ). *Religions*, Switzweland, v. 7, n. 84, p. 1-11, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/30c0/d5ae2e35b6d6f4e35c072aac62b967d9e93f.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2019.
- OTON, K. M. B. *Imagens do sagrado para os dependentes químicos*. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7869/2/arquivototal.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.
- PESSINI, L. *Espiritualidade e arte de cuidar: sentido da fé para a saúde*. São Paulo: Paulinas, 2010.
- SAMPAIO, D. S. As manifestações de religiosidade não contêm traços necessários de uma religião: uma análise das relações entre poder judiciário e religiões afro-brasileiras. *Mneme – Revista de Humanidades*, Natal, v. 15, n. 34, p. 54-82, jan./jun. 2014.
- SOARES, M. do S. de. *Um grito de dor ou uma canção de amor?* Espiritualidade na realidade de clientes com HIV/AIDS. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2003.
- SILVA, L. M. S. da; TAVARES, J. S. C. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1109-1118, abril 2015. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-familia-como-rede-de-apoio-as-pessoas-que-vivem-com-hiv-aids-uma-revisao-na-literatura-brasileira/14949?id=14949>. Acesso em: 09 abr. 2019.
- USARSKI, F. História da ciência da religião. In: PASSOS, J. D.; USARKI, F. (orgs.). *Compêndio de ciência da religião*. São Paulo: Paulus, 2013. p. 51-61.
- WEBER, M. *Metodologia das ciências sociais*. Partes 1 e 2. São Paulo: Cortez; Ed. da UNICAMP, 1992. p. 63-167.