



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Gisely de Oliveira Soares Max

**Representações sociais da espiritualidade: um estudo com enfermeiros que
assistem pessoas vivendo com HIV**

Rio de Janeiro

2020

Gisely de Oliveira Soares Max

**Representações sociais da espiritualidade: um estudo com enfermeiros que assistem
pessoas vivendo com HIV**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Correa Marques

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

M463 Max, Gisely de Oliveira Soares.
 Representações sociais da espiritualidade: um estudo com enfermeiros
 que assistem pessoas vivendo com HIV / Gisely de Oliveira Soares Max. -
 2020.
 132 f.

 Orientador: Sérgio Correa Marques.
 Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
 Faculdade de Enfermagem.

 1. Representações sociais. 2. Espiritualidade. 3. Enfermeiros. 4. HIV. I.
 Marques, Sérgio Correa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
 Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Gisely de Oliveira Soares Max

**Representações sociais da espiritualidade: um estudo com enfermeiros que assistem
pessoas vivendo com HIV**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 19 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sergio Corrêa Marques (Orientador)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Caren Camargo do Espírito Santo
Universidade Gama e Souza

Rio de Janeiro
2020

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus por sua presença real e inigualável, és a motivação da minha existência, sustento para minh'alma. Ao meu esposo Philipe, ao nosso pequeno Benício, aos meus pais, Francisca Lúcia e Elizardo, a minha irmã Jéssica e a minha vó Antônia (*in memoriam*) sem o amor da minha família eu nada seria.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido e amado Deus, eternamente grata eu serei por tamanha misericórdia e por Seu infinito amor, que me permitiram chegar onde meus pés jamais alcançariam sozinhos. Foram dias de difíceis lutas, de cansaço e muitas vezes de pensar em desistir, mas o Seu Santo Espírito me conduziu e me capacitou para que firme pudesse seguir, ultrapassando os meus próprios limites.

À minha Nossa Senhora (de Fátima, das Graças e do Bom Parto), como eu rezei pedindo sua intercessão junto ao seu filho Jesus perante as aflições. Uma mãe jamais abandona seus filhos e eu me senti amparada, segura em seu colo, protegida pelo seu manto de amor e paz. Meu coração transborda de amor genuíno ao ver seu cuidado tão afetuoso ao longo da minha caminhada. Mãe é mãe, gratidão, Maria Santíssima.

Ao meu São Miguel Arcanjo e aos meus anjos de guarda por me guardarem sempre nos caminhos percorridos.

Ao meu querido e amado orientador, Professor Dr. Sérgio Corrêa Marques, fostes mais que um docente, um verdadeiro companheiro e amigo, um ser divinamente humano que nos permitiu através de suas orientações apreender sempre mais do que aquilo que almejávamos. Seu cuidado ao falar, carinho, inteligência e sabedoria inspiram a todos ao seu redor. Não me cansarei por um instante em agradecer a Deus por ter me concedido a graça de conhecê-lo e ter partilhado momentos que para sempre estarão marcados na minha trajetória acadêmica, espiritual e de vida. Que Deus o abençoe e redobre seus dias conosco, tens muito a nos ensinar e nós teremos a honra de permanecer ao seu lado. Conte sempre comigo e minhas orações. Para sempre “Serge”!

Ao professor Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes, gratidão por partilhar conosco tantas experiências, tanta sabedoria e luz. Não há como pensar espiritualidade e religiosidade no meio acadêmico sem orientar-se com Tosoli, que com afeto e solicitude nos faz compreender o quão importante é estarmos ligados ao desenvolvimento espiritual em saúde. Juntamente, quero agradecer ao grupo de pesquisa RELIGARES, incluindo todos os amigos que o formam, como um todo vocês foram essenciais nesse meu caminhar, com alegria concluímos juntos mais esta etapa.

À professora Dra. Thelma Spindola, agradeço as orientações sempre pertinentes, a alegria contagiante, a amizade e os encontros sempre afetuosos em que partilhamos histórias,

que me fizeram reconhecer ainda mais a profissional e o ser humano incrível que és. Obrigada por tanto.

À professora Dra. Denize Oliveira, pela sabedoria em nos conduzir a sempre desenvolver o melhor que podemos, expandindo nossos conhecimentos em representações sociais. Sua força, coragem e determinação são fonte de inspiração para os que a acompanham.

Ao grupo de pesquisa PSICUIDEN, por contribuírem para o meu desenvolvimento acadêmico durante todo o mestrado.

Aos Professores Dra. Caren Camargo e Dr. Gerson Lourenço pela dedicação, sabedoria e contribuições teóricas e metodológicas na banca de qualificação, imprescindível para a melhoria deste estudo.

Às minhas amigas Débora Marinho, Gabriella Salles, Claudia Faustino pelas conversas que acalmaram meu coração, risadas que me fizeram chorar de alegria e por tornarem essa caminhada mais leve com cada abraço. Sem dúvidas, permaneceremos juntas, o amor de Cristo nos uniu.

As “sergetes” Isadora e Vanessa, que contribuíram para que eu pudesse vivenciar de maneira mais plena essa fase. Grata por toda partilha e por me amparem nos momentos de loucura.

A turma de mestrado 2018/1, com as pessoas mais incríveis que a UERJ poderia unir. Juntos tivemos encontros que nos propiciaram alegria e aprendizagem, hoje tenho a certeza de que sozinhos não chegaríamos a lugar nenhum. Agradeço a cada um que se fez presente no desenvolvimento desse caminhar acadêmico.

Aos meus amigos, que mesmo durante toda a minha ausência não me abandonaram e se fizeram presentes com ligações, WhatsApp e, principalmente, com suas orações, em especial: Pe. Adriano César, Poliana Costa, João Victor Nolasco, Alan Ferraz, Juliana Bastos, Muriel Del Aguila, Jéssica Marmelo, Ana Paula Aquino, Rita de Cássia e Elaine Mello (parceiras de vida e plantão).

À minha família, fonte de todo amor e força que me permitem conquistar os sonhos mais impossíveis. Ao meu melhor amigo, companheiro, amor da minha vida e esposo, Philipe Max, por todos os momentos que sua calmaria me abraçou e acalentou, pelas madrugadas de estudo, pelos encontros desmarcados para estudarmos juntos, por toda a força e apoio que me fizeram prosseguir. Aos meus pais, Elizardo e Lúcia, espelhos da minha alma, por com paciência compreenderem minha ausência nos almoços de domingo, nas visitas semanais. Gratidão pelos ensinamentos de uma vida inteira, todo amor do universo não seria suficiente

para o que fizeram por nossa família. Tenho orgulho de ser filha de pessoas tão incríveis que são meus exemplos de fé e que me ensinaram a amar um Deus que é digno de toda honra, louvor e glória. A minha irmã Jéssica e meu cunhado Wellington, meus amores, por toda confiança, amizade, por me fortalecerem e acreditarem que seria possível. A minha vó Antônia (*in memoriam*), minha segunda mãe, a quem devo toda minha gratidão por esta conquista e a minha madrinha Geovana (*in memoriam*), que junto a milícia celeste intercederam por mim, não tenho dúvidas de que o céu está em festa.

Ao meu bem maior, minha alegria constante, meu filho, meu Benício, no meu ventre já te sinto e agraciada sou pela dádiva que me foi concedida em te gerar. Deus é a nossa motivação.

À Faculdade de Enfermagem UERJ, e a todos que contribuíram para que este estudo fosse desenvolvido, gratidão pela colaboração, foram essenciais para que conseguíssemos concluir.

Nada te perturbe. Nada te amedronte. Tudo passa. A paciência tudo alcança. A quem tem Deus nada falta. Só Deus basta.

Santa Teresa D'Ávila

E, acima de tudo, revistam-se de amor, que é o vínculo para a perfeição.

Colossenses 3,14

RESUMO

MAX, Gisely de Oliveira Soares. **Representações sociais da espiritualidade**: um estudo com enfermeiros que assistem pessoas vivendo com HIV. 2020. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar as representações sociais da espiritualidade entre enfermeiros que assistem pessoas vivendo com HIV e a sua relação no contexto da saúde e da enfermagem. Os objetivos específicos são: identificar os conteúdos representacionais acerca da espiritualidade entre enfermeiros que assistem pessoas vivendo com HIV; descrever os conteúdos e a organização interna das representações sociais da espiritualidade entre os enfermeiros; confirmar os elementos que dão sentido as representações sociais da espiritualidade entre enfermeiros; discutir as implicações das representações sociais da espiritualidade no cuidado de enfermagem prestado as pessoas vivendo com HIV a partir das representações dos enfermeiros. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, orientado pela Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural, realizado num Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Na primeira etapa, participaram do estudo 198 enfermeiros com a aplicação da técnica de evocação livre de palavras ao termo indutor espiritualidade. No segundo momento participaram 30 entrevistados respondendo ao *mise-en-cause*; 30 ao *choix-par-bloc* ao termo indutor espiritualidade. Partindo da indicação de centralidade pela análise prototípica, a representação da espiritualidade apresenta uma dimensão prática/atitude percebida através dos elementos fé, acreditar e paz, uma imagética do sagrado, Deus. Ao realizar a análise de similitude por coocorrências a indicação para a centralidade foi para os cognemas Deus e fé, que fizeram o maior número de conexões com outros elementos. Ao longo da análise estrutural, foram realizados os testes para se investigar e definir a centralidade e o papel dos elementos que constituem a representação. No CPB, observou-se que os elementos se ligam em três dimensões, uma transcendental e normativa com Deus e Jesus, outra dimensão afetiva/valorativa com os cognemas amor e esperança, e uma dimensão prática com os elementos Fé, força e oração, respectivamente. Já no MEC, constatou-se que, os elementos inegociáveis foram fé, acreditar, amor e esperança. Conclui-se que foram elementos mais funcionais, mais práticos como também afetivos, destaca-se a fé como termo central. Evidencia-se que a relação dos sujeitos com o sagrado/divino Deus tem relevância, mesmo que não tenha sido central. Estar próximo a Deus é considerado pelos participantes algo para o desenvolvimento da espiritualidade, e através dele obtém-se amor, força e paz para realizar suas atividades e desenvolver no outro a vontade de seguir. Sendo assim, baseado na teoria das representações sociais e na teoria do cuidado transcultural, retratou acerca do cuidado de enfermagem onde o enfermeiro precisa compreender o meio cultural cujo o indivíduo vive, assim como considerar seu pensamento e sua relação com o sagrado, com sua fé e religião. Contudo, através das demandas trazidas pelos próprios pacientes, o profissional estabelece uma relação de confiança, escuta sensível, acolhimento e valorização das crenças, esclarecendo as dúvidas que surgem durante sua assistência. Por fim, constatou-se que a espiritualidade está relacionada a busca em ter fé e ser motivado em acreditar na vida para ter esperança como forma de apoio para superar as dificuldades do dia-a-dia, como forma de se conquistar bem-estar e qualidade de vida.

Palavras-chave: Representações sociais. Espiritualidade. Enfermeiro. HIV.

ABSTRACT

MAX, Gisely de Oliveira Soares. **Social representations of spirituality**: a study with nurses who assist people living with HIV. 2020. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The general objective of this study is to analyze the social representations of spirituality among nurses who assist people living with HIV and their relationship in the context of health and nursing. The specific objectives are: to identify the representational contents about spirituality among nurses who assist people living with HIV; describe the contents and internal organization of the social representations of spirituality among nurses; confirm the elements that give meaning to the social representations of spirituality among nurses; discuss the implications of the social representations of spirituality in nursing care provided to people living with HIV from the representations of nurses. This is a descriptive study, with a qualitative approach, guided by the Theory of Social Representations in its structural approach, carried out in a University Hospital in Rio de Janeiro. In the first stage, 198 nurses participated in the study with the application of the word-free evocation technique to the term spirituality inducer. In the second moment participated 30 respondents responding to *mise-en-scène*; 30 to *choix-par-Bloc* to the term spirituality inducer. Starting from the indication of centrality by the prototypic analysis, the representation of spirituality presents a practical/attitudinal dimension perceived through the elements of faith, belief and peace, an imagery of the sacred God. In carrying out the analysis of similarity by correlations the indication for centrality was for the cognemas God and faith, who made the greatest number of connections with other elements. During the structural analysis, tests were carried out to investigate and define the centrality and role of the elements constituting representation. In the CPB, it was observed that the elements are linked in three dimensions, one transcendental and normative with God and Jesus, another affective/valorative dimension with the cognemas love and hope, and a practical dimension with the Faith elements, strength and prayer, respectively. Already in the MEC, it was found that, the non-negotiable elements were faith, believe, love and hope. It is concluded that they were more functional, more practical as well as affective elements, and that faith is the central term. It is evident that the relationship of the subjects with the sacred/divine God has relevance, even if it has not been central. Being close to God is considered by the participants something for the development of spirituality, and through it is obtained love, strength and peace to carry out their activities and develop in the other the will to follow. Therefore, based on the theory of social representations and the theory of transcultural care, portrayed about nursing care where the nurse needs to understand the cultural environment whose individual lives, as well as considering your thought and your relationship with the sacred, with your faith and religion. However, through the demands brought by the patients themselves, the professional establishes a relationship of trust, sensitive listening, acceptance and appreciation of beliefs, clarifying the doubts that arise during their assistance. Finally, it was found that spirituality is related to the quest to have faith and to be motivated to believe in life to have hope as a form of support to overcome the difficulties of the day-to-day, as a way to achieve well-being and quality of life.

Keywords: Social representations. Spirituality. Nurse. HIV.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Esquema da representação do quadro de quatro casas aplicado para organizar o resultado da análise das evocações livres.....	64
Quadro 1 -	Quadro de Quatro Casas com a organização dos conteúdos da representação social da espiritualidade para enfermeiros. Rio de Janeiro/RJ, Brasil – 2019.....	66
Figura 2 -	Árvore Máxima de similitude por coocorrência do termo indutor espiritualidade. Rio de Janeiro/RJ, Brasil – 2019	74
Figura 3 -	Árvore máxima de similitude a partir do teste de escolha sucessiva por bloco (CPB) para os elementos da espiritualidade. Rio de Janeiro/RJ, Brasil – 2019	83
Quadro 2 -	Conjunto dos resultados dos estudos da análise estrutural acerca da espiritualidade. Rio de Janeiro/RJ, Brasil – 2019.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes da pesquisa por sexo. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019.....	52
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes da pesquisa por idade. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019.....	54
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes da pesquisa por estado marital/conjugal. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019.....	55
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes da pesquisa por religião. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019.....	56
Tabela 5 -	Distribuição dos participantes da pesquisa pela variável acredita em Deus. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019	57
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes da pesquisa por escolaridade. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019	58
Tabela 7 -	Distribuição dos participantes da pesquisa por tempo de atuação na instituição. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019.....	60
Tabela 8 -	Distribuição dos participantes da pesquisa por tempo de formação como enfermeiro. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019.....	60
Tabela 9 -	Distribuição dos participantes da pesquisa por tempo de atuação com pacientes HIV. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019	61
Tabela 10-	Distribuição dos participantes da pesquisa por tipo de contato com paciente HIV. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019.....	62
Tabela 11-	Distribuição dos participantes da técnica de escolhas sucessivas por blocos (CPB) conforme dados de caracterização. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019.....	82
Tabela 12-	Distribuição das respostas à técnica do questionamento (MEC) para a Espiritualidade. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CDC	Centers for Disease Control
CDM	Centro de Distribuição de Material
CME	Central de Material e Esterilização
CUCC	Centro Universitário de Controle do Câncer
CPB	Choix-par-Bloc ou escolha sucessiva por bloco
DE	Diagnóstico de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report
MEC	Mise-en-Cause
NANDA	North American Nursing Diagnoses Association
NC	Núcleo Central
NESA	Núcleo de Estudos e Saúde do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SPSS	Statistical Package for Social Science
STAVE	Serviço de Treinamento e Avaliação em Enfermagem
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UEG	Universidade do Estado da Guanabara
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UCI	Unidade Cardio Intensiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	21
1.1	A espiritualidade no contexto do cuidado em saúde.....	21
1.1.1	<u>A espiritualidade no cuidado de enfermagem</u>	21
1.1.2	<u>Espiritualidade dos enfermeiros no processo de cuidar.....</u>	26
1.2	Contextualizando o HIV/ AIDS.....	29
1.2.1	<u>O HIV/AIDS: aspectos clínicos, sociais e epidemiológicos.....</u>	29
1.2.2	<u>O HIV/AIDS e sua relação com a espiritualidade.....</u>	32
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
2.1	A Teoria das Representações Sociais.....	35
3	PERCURSO METODOLÓGICO	41
3.1	Tipologia do estudo	41
3.2	Cenário do estudo.....	43
3.3	Participantes da pesquisa.....	44
3.4	Coleta de dados.....	44
3.5	Análise de dados.....	47
3.5.1	<u>Análise dos dados do questionário.....</u>	47
3.5.2	<u>Análise das evocações livres.....</u>	47
3.5.3	<u>Análise de similitude.....</u>	48
3.5.4	<u>Análise de <i>Choix-par-bloc</i>.....</u>	49
3.5.5	<u>Análise de <i>Mise-en-Cause</i>.....</u>	50
3.6	Aspectos éticos da pesquisa.....	51
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1	Perfil do grupo de enfermeiros que assistem pacientes vivendo com HIV num Hospital de referência no município do Rio de Janeiro.....	52
4.2	Análise estrutural das representações sociais da espiritualidade para enfermeiros que assistem pessoas que vivem com HIV.....	63
4.2.1	<u>Estudo 1: análise prototípica das evocações livres e análise de similitude por coocorrência do termo indutor espiritualidade.....</u>	65
4.2.1.1	<u>Análise prototípica das evocações livres ao termo indutor espiritualidade.....</u>	65

4.2.1.2	Análise de similitude por coocorrências do termo indutor espiritualidade	74
4.3	Segunda Parte do estudo: <i>Choix-par-Bloc</i> ou escolha sucessiva por blocos.....	81
4.3.1	<u>Análise do método de CPB para espiritualidade.....</u>	83
4.4	Terceira Parte do estudo: <i>Mise-en-cause</i> ou técnica de questionamento.....	85
4.4.1	<u>Análise do método MEC para espiritualidade.....</u>	86
4.5	Análise da centralidade a partir do conjunto de estudos.....	89
4.5.1	<u>A espiritualidade e a enfermagem.....</u>	92
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS.....	98
	APENDICE A – Dicionário de Padronização - Evocação Espiritualidade	110
	APENDICE B – Tabulação dos dados para CPB.....	115
	APENDICE C – Cálculo das respostas para CPB.....	116
	APENDICE D – Planilha das relações de similitude (índices de distância) CPB.....	117
	APENDICE E – Tabulação dos dados para MEC.....	118
	APENDICE F – Resultados MEC espiritualidade.....	119
	ANEXO A - Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido.....	120
	ANEXO B - Questionário de Caracterização Socioeconômica.....	121
	ANEXO C - Instrumento para a coleta de Evocações Livres.....	124
	ANEXO D - Questionário <i>Choix-par-Bloc</i>.....	125
	ANEXO E - Questionário <i>Mise-en-cause</i>.....	126
	ANEXO F - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	128

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto a espiritualidade dos enfermeiros que cuidam de pessoas vivendo com HIV, cujo interesse investigativo foi se delineando a partir de experiências que marcaram, de maneira peculiar, a minha trajetória pessoal e profissional. Através deste, busca-se, analisar as representações sociais da espiritualidade entre enfermeiros que assistem pessoas vivendo com HIV e a sua relação no contexto da saúde e da enfermagem.

Acerca da Teoria das Representações Sociais (TRS), muito se tem discutido nos mais variados contextos pelo fato de permitir o conhecimento de mundo através do coletivo, do senso comum, para um pensamento social sobre o objeto pesquisado, através de crenças, processos simbólicos e ideologias.

De acordo com Campos (2003), traduzindo as obras de Jean-Claude Abric, o ápice da teoria está no interesse pelos fenômenos coletivos e principalmente pelas regras que regem o pensamento social. Com isso, temos o pensamento “ingênuo” e “senso comum” como essenciais para o estudo da teoria, onde a visão de mundo que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam para tomada de decisões e práticas, são indispensáveis para a compreensão da dinâmica das interações sociais e os determinantes das práticas sociais.

Com o aumento do interesse pelos fenômenos do domínio do simbólico, a partir dos anos 60, vemos florescer a preocupação com explicações para estes, os quais recorrem às noções de consciência e de imaginário. Já as noções de representação e memória social também fazem parte dessas tentativas de explicação e receberão mais foco nos anos 80. Assim como vários outros conceitos que surgem num campo e ganham uma teoria em outra, embora advindos da sociologia de Durkheim, é na psicologia social que a representação social ganha uma teorização, desenvolvida por Serge Moscovici e aperfeiçoada por Denise Jodelet. Com isso, a teorização passa a servir de instrumento para outros campos, como a saúde, a educação, entre outros, e faz escola, apresentando inclusive propostas teóricas variadas (ARRUDA, 2002).

Nesta perspectiva, o aspecto inovador da TRS no âmbito da psicossociologia está caracterizado na ruptura com a visão dicotômica, desenvolvida por Durkheim, na persistente tarefa de Moscovici, em apresentar, a partir do princípio da indissociabilidade entre indivíduo e sociedade, sujeito e objeto, interno e externo (NOBREGA, 1990).

Com isso, a abordagem da psicologia social está nas representações sociais no âmbito do seu objeto de estudo, de certo, a relação indivíduo-sociedade e de um interesse pela cognição. Embora não situado no paradigma clássico da psicologia, ela reflete sobre como os indivíduos e os grupos aos quais se inserem constroem seu conhecimento a partir da sua inscrição social e cultural, bem como a sociedade se dá a conhecer e constrói esse conhecimento com os indivíduos (ARRUDA, 2002).

Não obstante, por meio do estudo da Representação Social, é possível apreender os fatores que intervêm na adaptação social e cognitiva dos indivíduos mediante a realidade do cotidiano e das características sociais e ideológicas (ABRIC, 2000). Ainda assim, para Abric (2000, p.35), “oferece um quadro de análise e de interpretação que permite a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem”.

Mediante ao exposto, as representações sociais estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, sendo, contudo, difusas, multifacetadas, em constante movimento e interação social. As representações apresentam como materiais fundamentais de estudo, as opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos, fazendo parte de um olhar consensual sobre a realidade. Por isso, a representação social configura-se, como sendo o produto e o processo de uma atividade mental, por meio do qual um indivíduo ou um grupo reconstituem a realidade com a qual ele se confronta e para a qual atribuem um significado específico (JODELET, 2001).

Por conseguinte, a diversidade de enfoques teóricos e metodológicos é uma característica marcante da enfermagem. Por este motivo, destaca-se a Teoria das Representações Sociais (TRS), que é muito empregada nesta área, devido à possibilidade do pesquisador captar a compreensão dos próprios participantes da realidade que se deseja pesquisar, possibilitando a compreensão das atitudes e comportamentos que um determinado grupo social frente a um objeto psicossocial. Evidenciando que a representação social permite conhecer a prática de um determinado grupo, como possibilita também à enfermagem realizar intervenções que, por respeitarem as características específicas de cada segmento social, serão mais eficientes (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Visualiza-se que a teoria das representações sociais (TRS) tem sido empregada para investigar objetos psicossociais relacionados ao cotidiano do cuidar da enfermagem. E o interesse na saúde focaliza grupos específicos que são priorizados por políticas governamentais de atenção. A lógica de considerar os conhecimentos não especializados na compreensão do que seja saúde e cuidados com a saúde apresenta um interesse pragmático o

fornecimento de elementos para a implantação ou aprimoramento de serviços de enfermagem (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Entretanto, no anseio de implementar novos conceitos que possam aprimorar os serviços de enfermagem na assistência aos pacientes que demandam cuidados além dos prescritos e casuais depara-se com a falta de conhecimento ou mesma ausência de atitudes para compreender o indivíduo na sua completude. Assim, os conhecimentos empíricos sobre as questões espirituais, tornam-se vazias e sem fundamentos para os profissionais que usam de conceitos próprios para não abordarem ou não aceitarem tais demandas trazidas pelos clientes.

Com isso, viu-se a necessidade de trazer o conceito de espiritualidade e religiosidade, pois as mesmas são por muitas vezes vistas como sinônimas. Conquanto, espiritualidade pode ser compreendida como uma busca pessoal para entender o sentido da vida, a relação com o sagrado e as questões pertencentes com a finitude da vida terrena, podendo, ou não, reportar-se à realização de práticas religiosas. Já a religiosidade é o quanto o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, que é institucional, dogmática e sistematizada, como um guia de condutas (KOENIG, 2012).

Sendo a enfermagem, a arte do cuidar, Nightingale (1989) assevera ser fundamental, à quem pratica a enfermagem, o conhecimento acerca da saúde e sobre os elementos envolvidos em sua manutenção e na recuperação de possíveis agravos à sua integridade.

A motivação para cuidar dos enfermos situou-se inicialmente no ato de solidariedade humana vinculado à religiosidade e à abnegação (ARAÚJO; FERREIRA, 2011). Contudo, mantém-se presente no imaginário do profissional, através de práticas e crenças, a religiosidade vinculada à assistência e ao acesso aos serviços de saúde, seja através de financiamentos filantrópicos por meio de doações de fiéis e sociedade civil, da presença de capelas, igrejas e salas de oração ou da prática de visitas regulares aos locais de internamento de figuras representativas de instituições religiosas (ABRAO, 2013).

Para Jodelet (2006), o cuidado em saúde requer uma abordagem integral e multidimensional que obrigatoriamente precisa transitar pela cultura das pessoas envolvidas na ação. Assim, a abordagem das representações sociais, tanto no plano teórico como no empírico, relaciona-se com os sistemas de representação e cultura, sendo elas formas de conhecimento compartilhados por determinado grupo e criam a sua prática cotidiana.

Porquanto, as representações sociais a respeito da experiência religiosa carregam em seu bojo uma dimensão pessoal e uma social. Visto que, as experiências religiosas se referem

não só a apreensão imediata ou a vivência única de cada pessoa, porém tem relação com a tradição religiosa e cultural na qual estão imersas. Desse modo, as representações sociais indicam como se organizam as mediações entre as finalidades e os meios que os docentes usam em sua prática laboral, apresentando seus significados cognitivos, éticos e estéticos (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

De acordo com os autores Longuiniere, Yarid e Silva (2017) como novo paradigma na assistência à saúde, está o reconhecimento da importância da dimensão espiritual do paciente no processo de enfrentamento da doença, inclusive, no cuidado ao paciente crítico em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse estudo, várias unidades prestam atendimento especializado a pacientes graves, com risco iminente de morte, assegurando uma assistência de qualidade, humanizada e integral, que deve levar em consideração o ser humano nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual.

Perante isso, muitos pacientes consideram a influência da dimensão espiritual na sua recuperação e identificam a importância da abordagem dos aspectos religiosos e espirituais na elaboração do seu plano terapêutico. Há narrativas de pacientes que gostariam que seus cuidadores abordassem sua religiosidade e espiritualidade, contribuindo para uma relação profissional-paciente mais empática e com maior índice de confiança (LONGUINIERE; YARID; SILVA, 2017).

É imprescindível que se realizem novas indagações com relação a temática, no intuito de corroborar para a construção de conhecimento em referência aos cuidados paliativos e a espiritualidade e servir de subsídios, para que os profissionais da área de saúde, principalmente os de Enfermagem, possam sentir-se mais seguros para prestar uma assistência completa ao paciente fora das possibilidades de cura (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Alguns estudos afirmam que médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais possuem uma postura incoerente perante as questões da espiritualidade e religiosidade. De fato, porque, esses profissionais consentem ser relevante integrar a espiritualidade e a religiosidade no cuidado hospitalar devido à sua influência na saúde. No entanto, há limitações desses profissionais em relação à espiritualidade e religiosidade quando criam obstáculos no cuidado hospitalar, como exemplo, aversão de alguns pacientes religiosos a determinadas vacinas ou tratamentos (GERONE, 2016).

De acordo com Alves (2011), esta postura incerta dos profissionais está relacionada com a falta de treinamento e de preparo para lidar com a espiritualidade e religiosidade no contexto do cuidado.

Com relação ao potencial da espiritualidade, denota-se que possa trazer serenidade e

felicidade autêntica aos humanos, a depender de como é vivenciada pelo sujeito, não sendo, portanto, regra geral. A partir do que foi exposto até aqui, não se pode desconsiderar os aspectos benéficos que a religiosidade e a espiritualidade têm indicado. Portanto, é fundamental reorientar uma aproximação da formação profissional com esses fenômenos dimensionais, compreendendo que eles se constituem como aspectos sociais e culturais dos contextos nos quais os indivíduos estão inseridos. Com isso, serão formados profissionais de saúde mais aptos para lidar com o humano e será possível também promover uma aproximação do meio transcendental com o científico, reconhecendo as diferenças e limitações de ambos (MELO *et al.*, 2015).

A pesquisa foi sedimentada a partir da inserção no Projeto Matriz intitulado “a espiritualidade e a religiosidade em pessoas que vivem com HIV: construções simbólicas, práticas sociais e o cuidado de enfermagem”, ao observar a relação de interesse e necessidade dos participantes da pesquisa em falar sobre seus sentimentos e o significado que a espiritualidade ocupa em suas vidas no ambiente de trabalho.

O estudo busca conhecer as representações sociais da espiritualidade para enfermeiros que assistem pessoas vivendo com HIV, para compreender como a espiritualidade e sua expressão influenciam no cuidado com o ser que vive com HIV e para o enfrentamento da síndrome, das adversidades, bem como, outros aspectos que possam ser abordados pelos participantes do estudo.

Face ao exposto, formulou-se então, as seguintes **perguntas norteadoras** para este projeto: Quais as representações sociais da espiritualidade entre enfermeiros que assistem pessoas vivendo com HIV? A espiritualidade dos enfermeiros tem implicação no cuidado as pessoas vivendo com HIV?

Para atender ao **objeto de estudo** e as questões norteadoras, foram traçados os seguintes objetivos:

- a) Identificar os conteúdos representacionais acerca da espiritualidade entre enfermeiros que assistem pessoas vivendo com HIV;
- b) Descrever os conteúdos e a organização interna das representações sociais da espiritualidade entre os enfermeiros;
- c) Confirmar os elementos que dão sentido as representações sociais da espiritualidade entre enfermeiros;
- d) Discutir as implicações das representações sociais da espiritualidade no cuidado de enfermagem prestado as pessoas vivendo com HIV a partir das representações dos enfermeiros;

Sendo assim, o presente estudo apresenta relevância para diversos setores da sociedade, pois ao se deparar com o profissional enfermeiro nas práticas de saúde, deve-se ter o compromisso de utilizar meios humanizados para tal, buscando compreender o que é saudável e, conseqüentemente, ofertar espaço para a sua subjetividade. Logo, a religiosidade e a espiritualidade podem ser elementos constituintes da subjetividade dos indivíduos, por isso é de suma importância que os profissionais de saúde saibam lidar com esses fenômenos de maneira adequada (MELO *et al.*, 2015).

Estes estudos mostram a relevância desta pesquisa para a enfermagem e para a área da saúde, pois, a partir do momento que compreendemos melhor as representações e o modo de pensar dos grupos de enfermeiros, podemos considerar a possibilidade de intervenções com ações mais voltadas a essa clientela no âmbito da espiritualidade, tão pouco trabalhadas de forma sistematizada na assistência atualmente.

O estudo ainda é relevante por gerar conhecimentos sobre a temática abordada no contexto da assistência de enfermagem no âmbito do Grupo de Pesquisa, como também no campo de estudos das representações sociais.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 A espiritualidade no contexto do cuidado em saúde

1.1.1 A espiritualidade no cuidado de enfermagem

Ao buscar entendimento sobre espiritualidade frente a saúde, denota-se a imprescindível necessidade de compreender a relevância das representações que o tema propõe para aqueles que estão inseridos nesse contexto de cuidado, denominados como o binômio profissional-paciente.

Nos últimos anos a espiritualidade e a religiosidade têm sido temas com implicações importantes em diversos estudos sendo reconhecidas como recursos que permitam e corroborem no enfrentamento das mais variadas adversidades (KOENIG, 2014).

De acordo com Koenig (2012) a espiritualidade pode ser entendida como uma busca pessoal para compreender o sentido da vida, a relação com o sagrado e as questões relacionadas com o fim da vida terrena, podendo, ou não, levar à realização de práticas religiosas. Já a religiosidade é o quanto o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, que é institucional, dogmática e sistematizada. Embora estes temas sempre estejam entrelaçados, existem diferenças reais entre eles.

O autor Souza (2013, p. 97) afirma que, “a espiritualidade é uma dimensão existencial dinâmica, cultivada no espírito, que impulsiona o ser humano consciente em seus conhecimentos e escolhas vitais, e que pode (ou não) estar relacionado a religião.”

No entanto, para Puchalski (2009, p. 14-15), médica e uma das precursoras no movimento para incorporar a espiritualidade nos cuidados de saúde, a espiritualidade é:

A busca inerente de cada pessoa do significado e do propósito definitivo da vida. Esse significado pode ser encontrado na religião, mas, muitas vezes pode ser mais amplo do que isso, incluindo a relação com uma figura divina ou com a transcendência, relações com os outros, bem como a espiritualidade encontrada na natureza, na arte e no pensamento racional. Todos esses fatores podem influenciar o modo como os pacientes e os profissionais da saúde percebem a saúde e a doença e como interagem uns com os outros.

Perante isso, denota-se a importância de os profissionais de saúde incorporarem a fé enquanto recurso de enfrentamento dos desafios e adversidades da vida, para melhora do quadro do paciente e até mesmo conforto psicológico do mesmo.

Ao tratar da espiritualidade falamos da dimensão mais subjetiva do ser humano, que tange a fé, o que nos remete a uma tarefa árdua. De acordo com Renetzky's (1978 *apud* ROSS, 1994), que prefigura capturar bem a essência da espiritualidade de maneira compreensiva, relata que é formada por três partes: a necessidade/busca de um sentido, um propósito, para preencher a vida; a segunda parte é a necessidade de se ter esperança; e, por fim, a necessidade de acreditar e ter fé, em si mesmo, nos outros e em um poder superior/transcendente.

A espiritualidade pode ser um dos indicadores da noção de saúde, pois, permite que através da noção de fé, que resulta em esperança, seja um auxílio no desenvolvimento do tratamento médico. Nesse contexto, os fatores que permeiam a noção de espiritualidade – como sentido e propósito de vida, entre outros – influenciam as percepções sobre a noção de saúde dos pacientes e dos profissionais da saúde (GERONE, 2016).

Mediante ao exposto, o conceito de saúde mais utilizado no meio acadêmico é o da OMS (Organização Mundial de Saúde), como sendo um completo bem-estar físico, mental e social. Para Scliar, essa noção busca expressar “uma vida plena” (2007 *apud* GERONE, 2016). Por isso, Luz (2013) afirma que se acrescentou a dimensão espiritual à noção de saúde, uma vez que a religiosidade e a espiritualidade influenciam toda a vida, os valores, os comportamentos, a política, a economia, a cultura, a educação, os quais se refletem diretamente no conceito de saúde.

Não há contradições, em que o paciente recorra à sua religiosidade e espiritualidade, perante a ausência de saúde. Para Lima (2012), a maior parte dos profissionais da saúde reconhece o grau de importância e valoriza a religiosidade e a espiritualidade no cuidado hospitalar. No entanto, acontece que muitos ainda não foram preparados ou obtiveram treinamento para atuar com esse cuidado.

Para Alves (2011), os profissionais de saúde, como por exemplo, médicos, enfermeiros, psicólogos, numa equipe multidisciplinar, apresentam uma postura incerta diante da questão religiosa e espiritual, que pode estar ligada ao contexto do conhecimento. De um lado, esses profissionais acreditam ser importante integrar a religiosidade e a espiritualidade no cuidado hospitalar devido à sua influência na saúde. Por outro, há restrições desses profissionais em relação à religiosidade e a espiritualidade quando dificultam o cuidado

assistencial, como exemplo, aversão de alguns pacientes religiosos a determinadas vacinas ou tratamentos.

Pode-se dizer que um dos maiores desafios desses profissionais é preservar a vida, e por esse motivo, a importância de resgatar conhecimentos que possam dar suporte a uma assistência ampla e integral, com qualidade no serviço prestado, consequentemente, uma visão holística de todo o quadro.

Por ainda existir, certo desconhecimento e negação da natureza complexa da espiritualidade e de seu papel na vida das pessoas, denota-se a dificuldade dos profissionais da saúde para inserirem o cuidado espiritual como uma esfera do cuidado holístico (BALBONI *et al.*, 2011; BALBONI *et al.*, 2012).

Dentro das ciências da saúde, do ponto de vista teórico, a temática pode se configurar como de difícil apreensão, visto que ela é permeada por diversas disciplinas, como filosofia, teologia, antropologia e ciências sociais, além disso, como já referido, a vivência da espiritualidade é muito subjetiva. A dimensão espiritual não é de fácil apreensão pelos métodos objetivos da ciência contemporânea ocidental, dificultando a sua inserção nas instituições de ensino como parte da estrutura curricular dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde. Outro fato que dificulta sua aceitação na comunidade científica é que a espiritualidade não possui um conceito estabelecido e aceito por esta comunidade (ESPÍRITO SANTO *et al.*, 2013).

Logo, ciência e espiritualidade eram vistas como áreas totalmente distintas e opostas. Não obstante, ainda predominam no âmbito da ciência, concepções racionalistas e mecanicistas que tendem a desvalorizar aquilo que não pode ser amplamente mensurado, previsto ou controlado pela tecnologia e pela razão. Fortalece-se, que em contraposição, existem linhas teóricas que buscam promover uma compreensão mais adequada desses fenômenos, contribuindo com meios eficazes de analisá-los e estudá-los (MELO *et al.*, 2015)

A espiritualidade entendida como um fenômeno mais abrangente, também aparece com resultados bastante significativos nos estudos sobre o tema, como uma forma de o indivíduo dar novos significados aos seus contratempos e reorganizar suas experiências. Até mesmo em sujeitos que não são adeptos de nenhuma religião a espiritualidade aparece como uma perspectiva importante, atrelada a questões existenciais significativas (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

No decorrer dos anos, a enfermagem evoluiu e atravessou por um longo período de avanços, principalmente, a partir do século XIX, quando o cuidado de enfermagem perpassou do saber técnico para uma enfermagem fundamentada em princípios científicos e teorias,

aplicando o método científico para o planejamento da assistência amparada na ciência para que o cuidado fosse desenvolvido de acordo com a complexidade necessária (ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006).

Contudo, ao longo de sua evolução, a enfermagem, perpassou por diversos momentos no desenvolvimento do cuidado e as suas concepções acompanharam diversas correntes, tais como o modelo religioso, o biomédico e o modelo de marcos conceituais ou teorias para a viabilidade de uma ampliação na visão de cuidado na saúde e na doença (ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006).

No entanto, é importante incluir a espiritualidade no cuidado, uma vez que ela é considerada parte da dimensão da vida. Não obstante, para aqueles que escolhem a enfermagem como profissão, desenvolverem um cuidado holístico, que transcende o aspecto físico, é primordial, respeitando também a religiosidade do indivíduo se esta for a expressão de sua espiritualidade. No final da década de 1960, com as Teorias de Enfermagem, visualizou-se que muitas delas embasavam a importância da visão holística de ser humano acerca do cuidado. Por exemplo, no Brasil, Wanda de Aguiar Horta, enfermeira e filósofa, defendeu e publicou na década de 1970 a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, nela a espiritualidade integraliza uma necessidade básica humana que deve ser notoriamente observada e cuidada pelo enfermeiro em seu planejamento de assistência (SÁ; PEREIRA, 2007).

Assim, considerando a premência do profissional de saúde ofertar uma assistência integral e singularizada, na qual a religiosidade deve estar introduzida, faz-se necessário buscar a compreensão das expressões e relações positivas ou negativas na vivência do adoecimento, empenhando-se em acolher as angústias dos usuários e auxiliá-los na busca de autonomia (PINHO *et al.*, 2017).

Considerando que, a taxonomia para os Diagnósticos de Enfermagem (DE) possibilita diagnósticos que contemplam essa abordagem holística dos pacientes que vivem com doenças crônicas, pode-se visualizar as dimensões espirituais e religiosas sendo abordadas. A taxonomia em vigor proposta pela *North American Nursing Diagnoses Association* – NANDA II, no Domínio 10: Princípios de Vida que apresenta os seguintes DE, com seus inerentes conceitos: 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 (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2015).

Não obstante, o primeiro diagnóstico expõe a questão da religiosidade, crenças ou costumes, hábitos religiosos dos pacientes, conquanto o segundo menciona a questão da espiritualidade propriamente dita, atrelada a um conceito de transcendência, podendo ou não ser vivenciada/relacionada à experiência religiosa.

Dessa forma, o uso dos Diagnósticos de Enfermagem se configura como um desafio na prática assistencial, em especial os de caráter mais subjetivos, vistos como menos prioritários. Visto que, os possíveis argumentos são a falta de formação para o uso das taxonomias no meio acadêmico e a necessidade de mais estudos que considerem a dimensão psicoespiritual dos pacientes em geral e, em particular, as pessoas que vivem com HIV (CAMILLO; MAIORINO; SILVA, 2014).

Sendo assim, a espiritualidade e a religiosidade se apresentam com amparo na aceitação do diagnóstico, propiciando assim, uma atitude mais positiva no enfrentamento da doença, aspecto muito relevante para pessoas que convivem com doenças crônicas. Faz-se necessário que a equipe de enfermagem esteja instruída para utilizar os diagnósticos relacionados com a religiosidade e espiritualidade e, dessa forma qualificar a assistência de enfermagem (PINHO *et al.*, 2017).

Estudos comprovam que não há contradições do grau de relevância do profissional enfermeiro adquirir a competência para atuar com DE abrangendo a religiosidade e espiritualidade, como também estabelecendo vínculo nesse contexto para iniciar uma abordagem concisa. Ressalta-se, portanto, que não existe um modelo padrão de se trabalhar religiosidade e espiritualidade em saúde, visto que além da importância do estabelecimento do vínculo paciente-profissional e das competências e habilidades profissionais, é preciso considerar também, às crenças pessoais e às do paciente (PINHO *et al.*, 2017)

Para os autores Melo *et al.* (2015), a espiritualidade tem o potencial de inspirar serenidade e felicidade autêntica aos humanos, a depender de como é vivenciada pelo sujeito, não sendo, portanto, regra absoluta. Não se pode desconsiderar os aspectos benéficos que a religiosidade e a espiritualidade têm indicado. Por isso, é de fundamental importância repensar uma aproximação da formação profissional com esses fenômenos, entendendo que eles se constituem como aspectos sociais e culturais dos contextos nos quais os indivíduos estão inseridos.

A fim de tomar conhecimento sobre a importância da religiosidade e/espiritualidade pode corroborar o profissional enfermeiro a criar um vínculo maior, de confiança com o paciente, visando estabelecer *coping* religioso (PINHO *et al.*; 2017).

Com isso, pode-se obter profissionais de saúde mais preparados para lidar com o ser humano e suas singularidades, sendo possível também promover uma aproximação do meio transcendental com o científico, reconhecendo as diferenças e limitações de ambos.

1.1.2 A espiritualidade dos enfermeiros no processo de cuidar

As implicações da religiosidade/espiritualidade concernentes à saúde têm sido temas de inúmeros estudos nos últimos anos por serem reconhecidas como meios que corroboram no enfrentamento das adversidades da vida (KOENIG, 2012)

Dessa forma, no decorrer de toda a história da humanidade, as dimensões da religiosidade e espiritualidade e saúde estiveram interligadas, influenciando diretamente na assistência dos profissionais de saúde. Por conseguinte, para Moreira-Almeida (2010, p. 18), “religiosidade e espiritualidade têm sido objeto de um crescente interesse entre clínicos e pesquisadores na área de saúde”. Com isso, nos últimos anos, as pesquisas no campo da saúde têm evidenciado que a religião é um fator psicológico e social efetivo, que influencia consideravelmente a saúde das pessoas (KOENIG, 2012).

Sobretudo, o envolvimento religioso e espiritual apresenta-se como variável que vem ganhando relevância e reconhecimento como indicador de saúde, na busca da promoção de um cuidado integral (KOENIG, 2012).

Nessa perspectiva, pesquisas demonstram que o envolvimento religioso está relacionado a indicadores mais elevados de saúde mental e bem-estar (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015). Sendo assim, podemos notar que por meio de uma assistência ampla e abrangente que propicie o cuidado integral e singular obtemos um resultado positivo, relacionados a espiritualidade na assistência em saúde.

Por isso, pode-se dizer que mais de 90% da população, independente da religião que professa, faz uso da espiritualidade e da religiosidade com o propósito, de conseguir força e conforto diante das adversidades da vida, como as doenças e a morte, entre outros conflitos (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

No entanto, Koenig (2012) assevera que há razões clínicas para abordar a religiosidade e a espiritualidade na prática de saúde, dentre as quais se destacam: numerosos pacientes são religiosos e gostariam de abordar estes assuntos nos cuidados em saúde; as crenças religiosas afetam pareceres médicos e podem criar obstáculos na adesão aos tratamentos; as religiões

influenciam os cuidados em saúde na comunidade; inúmeros pacientes apresentam necessidades espirituais relacionadas à doença que podem afetar sua saúde mental e tais demandas necessitam ser atendidas. O não cumprimento dessas demandas podem ter consequências significativas em termos de qualidade de vida, satisfação com os cuidados, e demanda, algumas vezes, de serviços fúteis de cuidado em saúde (WILLIAMS *et al.*, 2011).

Logo, pode-se dizer que o escopo da religião é prover uma estrutura onde se possa desenvolver um discernimento espiritual. Já a espiritualidade, por sua vez, remete a uma relação pessoal com o transcendente e refere-se ao domínio do espírito (Deus ou deuses, almas, anjos, demônios) algo extrafísico, que já foi chamado de sobrenatural (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

De tal modo, a espiritualidade é um termo que pode abarcar diversos significados, com enfoques religiosos ou não, por isso pode ser confundido com religião. Logo, a religião é um conjunto específico de crenças e práticas relacionadas com a fé, que reconhecem, aproximam e facilitam o acesso ao Sagrado, Divino, Deus e Verdade absoluta (SANCHEZ, 2012). Comumente, é embasada em um conjunto de escrituras ou ensinamentos, e dispõe de um código moral de conduta (KOENIG, 2012).

Para os autores, Mendes e Vieira (2013) a espiritualidade pode ser orientada como dimensão da vida percorrendo uma vertente profunda em que reconhecemos os sentidos que identificamos para a nossa vida e uma tendência superficial que diz respeito aos comportamentos que manifestamos e que caracterizam uma vivência própria e individual desta dimensão da vida.

Contudo, orienta-se que para fins do cuidado em saúde, o conceito de espiritualidade se ancore em uma base mais ampla e inclua tipos religiosos e não religiosos e seja orientada pelos próprios pacientes (KOENIG, 2012). Para o autor, o que apresenta relevância é que o maior número de pacientes tenha na assistência em saúde suas necessidades espirituais identificadas e consideradas, sem importar como as compreendam (KOENING, 2012).

Não obstante, a espiritualidade é um tema de interesse profícuo no âmbito da saúde e dos cuidados paliativos e diversos estudos destacam a relevância do atendimento dessa dimensão pelos profissionais de Enfermagem. Sendo assim, pesquisas ressaltam que os enfermeiros necessitam conhecer as demandas espirituais dos pacientes, para que possam refletir e esclarecer as preocupações que afligem o equilíbrio espiritual de cada ser (EVANGELISTA *et al.*, 2016)

Nesse sentido, a enfermagem, por ser uma profissão que está em contato direto com o paciente, possui a responsabilidade de obter um olhar holístico que contempla, no processo de

cuidar, as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual do ser humano. Sob a luz dessa ótica, a concepção do fenômeno espiritualidade é primordial para a oferta de uma assistência de enfermagem de qualidade, integral e individualizada. Uma vez que o ser humano é uma unidade formada por corpo, mente e espírito, faz-se necessário que enfermeiros conjecturem a necessidade de intervenção no campo espiritual (NASCIMENTO *et al.* 2013).

De fato, para os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, aproximar-se das questões espirituais, no desempenho dos cuidados, não é uma tarefa fácil pelas seguintes razões: “porque eles possuem uma educação insuficiente a respeito do assunto, falta-lhes tempo, privacidade e confiança” (EVANGELISTA *et al.*, 2016, p.177)

Contudo, evidencia-se que o sucesso na aplicação de concepções sobre a espiritualidade na prática assistencial dos enfermeiros está diretamente ligado à construção do conhecimento, que fundamenta a prática, sendo capaz de ser realizada mediante ao desenvolvimento de novas pesquisas e de habilidades para aproximação do paciente nos diversos cenários do exercício profissional (EVANGELISTA *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.* 2013).

Embora, contemporaneamente, encontre-se um corpo de evidências amplo, diversificado e robusto, denotando a relevância e o impacto das abordagens das crenças sobre religião e espiritualidade na saúde, a integração desses temas na formação profissional apresenta obstáculos. Isto porque, na orientação tradicional dos currículos, a espiritualidade está fora da investigação e, de modo geral, não é considerada conhecimento reificado (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

Por esta razão, suscita certo desconforto em relação aos temas, por parte dos profissionais da área. Não obstante, o cuidado em saúde exige uma abordagem integral e multidimensional que obrigatoriamente precisa transitar pela cultura das pessoas envolvidas na atuação (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

As discussões acerca da espiritualidade são imprescindíveis e podem colaborar para o resgate da essência do cuidado integral, afetuoso e individual durante a assistência e apesar dos indícios da magnitude do cuidado espiritual no âmbito dos cuidados, os profissionais raramente, dispensam esses cuidados ao paciente com doenças potencialmente fatais (EPSTEIN *et al.*, 2014).

Para os autores Longuiniere, Yarid e Silva (2017), alguns dados denotam a necessidade de uma reflexão acerca do papel da formação atual dos profissionais de saúde, visto que, esses reconhecem a dimensão espiritual como fator preponderante a ser considerado para o bem-estar e recuperação dos pacientes, porém, evidenciam que não há oferta de

conhecimento considerável sobre esta temática na formação acadêmica. Torna-se relevante salientar que pesquisas atuais relatam opiniões de pacientes que demonstram o anseio de que sua religiosidade e espiritualidade sejam abordadas pelos profissionais de saúde.

Portanto, as reflexões acerca da influência da dimensão espiritual dos profissionais da saúde contribuem para sua prática laboral e melhoria da qualidade de vida e trabalho, como também da influência na assistência prestada, tendo em vista, o cuidado mais humano, digno, integral e ético.

1.2 Contextualizando o HIV/AIDS

1.2.1 O HIV/ AIDS: aspectos clínicos, sociais e epidemiológicos.

Na década de 1980, foram identificados casos de aids no Brasil, sendo que o início desta época foi determinado pela propagação das informações acerca da síndrome pelos meios de comunicação. Assim como em outros lugares, a mídia, no Brasil, teve o papel preponderante de tornar visível aquela “doença” até então desconhecida. No entanto, a aids em nosso país, diferentemente de outros, se tornou conhecida e popularizada antes que casos fossem oficialmente reportados (GALVÃO, 2000).

A primeira vez que a aids foi identificada foi no ano de 1981, nos EUA, a partir da observação de um grande número de homens com comprometimento do sistema imune, levando os cientistas a considerarem que se tratava do surgimento de uma nova doença. Logo após alguns casos ocorridos nos últimos anos da década 70, foram reconhecidos também como aids. No entanto, no Brasil, foram identificados casos em pacientes homo ou bissexuais como sendo aids, no ano de 1982 (BRASIL, 2016).

Embora, no início da epidemia não se conhecia seu agente etiológico, entendia-se, no entanto, as formas de transmissão da doença através da investigação epidemiológica. O isolamento de um vírus com atividade transcriptase reversa só foi possível em 1983, indicando a possível causa da doença e atualmente designa o vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1). Apenas em 1986, outro retrovírus foi isolado denominado vírus da imunodeficiência humana tipo 2 (HIV-2). À medida que determinados indivíduos adquiriam a doença, a discriminação a homossexuais e usuários de drogas aumentava, corroborando para a

conceituação de grupo de risco e, contudo, para o despontar de um pesado estigma para os portadores da aids. Posteriormente, a epidemia tendeu a generalizar para toda a população de países afetados (SOARES; COSTA, 2011).

A primeira definição de caso de aids foi publicada no *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), em setembro de 1982, era baseada na presença de infecções oportunistas somente, num momento em que ainda não havia um teste para identificar a presença da infecção pelo HIV, o que ocorrerá a partir de 1985. Somente em 1993, o *Centers for Disease Control* (CDC), instituição responsável pela vigilância epidemiológica nos Estados Unidos, expandiu a definição de caso da doença, incluindo aqueles que estivessem infectados pelo HIV com contagem de células CD4+ inferior a 200 células/mm³ de sangue. Mediante a isso, ampliaram a lista preexistente de doenças indicativas de aids, sendo assim, registrado no Brasil o primeiro caso de aids em 1987 (SOARES; COSTA, 2011).

De acordo com os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2017), o crescimento epidêmico da Aids configura um desafio pernicioso para as políticas públicas de saúde mundiais. Estima-se que 36,9 milhões de pessoas vivam com HIV embora, apenas 21,7 milhões estão cobertas pela terapia antirretroviral (TARV). Mas somente 53%, têm acesso ao tratamento, pouco mais da metade das pessoas infectadas.

A infecção por HIV provocou a morte de 1,3 milhões de pessoas em 2017, de doenças relacionadas à aids. Notoriamente o número de casos novos da infecção se direciona para aproximadamente 1,8 milhões, no entanto, houve 1 milhão de mortes neste ano por consequência da insuficiência de acesso aos serviços de saúde relacionados à providência quanto a terapia antirretroviral (GLOBAL AIDS, 2017).

O crescimento do HIV entre jovens e populações vulneráveis também promove alarde: do total de 1,8 milhões de novas infecções pelo HIV notificadas em todo mundo, no ano de 2017, 600 mil ocorreram entre jovens de 15 a 24 anos, e 80% dos novos casos de HIV, fora da África subsaariana, estão concentrados entre as populações chave – pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas transexuais, gays e outros, trabalhadoras do sexo e pessoas privadas de liberdade. Essas populações ainda experimentam altos níveis de violência, estigma, discriminação, criminalização e pobreza, condicionantes de vulnerabilidade que criam barreiras de acesso à direitos e ao cuidado integral de saúde (BRASIL, 2018).

No Brasil são estimadas 866 mil pessoas vivendo com HIV destas, 84% foram diagnosticadas em 2017 e 572 mil (75%) tiveram acesso ao tratamento. No país, a prevalência do HIV, no entanto, é maior entre populações-chave, superior a 5% – enquanto

na população geral é 0,4% – chegando a 18,4% entre gays e outros HSH e a 16,9% entre as pessoas trans (BRASIL, 2018).

Ao redor do mundo, as mulheres englobam cerca de 52% dentre os gêneros com HIV, em países de baixo e médio poder aquisitivo. Estima-se que 2 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos de ambos os sexos estejam infectados pelo HIV, embora tenha reduzido a prevalência dos casos da doença. Estes dados ainda representam a maior parte das infecções. Já em relação às crianças, estima-se que houve uma redução da ocorrência de novas infecções por HIV no mundo, sendo como consequência do aumento da cobertura do tratamento recebido no período da gravidez e pós-parto, impossibilitando a transmissão vertical. Os números demonstram que em 2010 foram 18%, já em 2015 caíram para 6% (JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS, 2016).

Ainda sobre a prevalência dos casos de HIV no Brasil, a razão entre os gêneros apresentou variações consideráveis ao longo dos anos. No período de 1980 até 2003, houve um aumento do número de mulheres nos casos de aids, posteriormente, no período compreendido por 2004-2008 para cada 15 casos do sexo masculino, havia 10 casos do sexo feminino. A partir de 2009 os casos de aids reduziram em mulheres e aumentaram nos homens, refletindo uma razão de sexo masculino e feminino com 1,9 para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2015).

A taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população jovem de 15 a 24 anos apresenta tendência de aumento, no Brasil. Já, a taxa de detecção de aids na população jovem entre 15 e 19 anos quase quadruplicou, e entre 20 e 24 foi quase dobro, sendo maior no sexo masculino. Contudo, entre indivíduos de 35 a 44 anos houve uma tendência de queda nos casos de aids (BRASIL, 2015).

No que se refere às ações contra a aids no Brasil, o começo da década de 90 representou um dos mais obscuros e desastrosos períodos da epidemia e da história da política de saúde do país. Apesar de ter sido um retrocesso na implantação de diretrizes e princípios importantes no combate à epidemia, contudo houve também um grande avanço, a distribuição gratuita da medicação necessária ao portador de HIV e pacientes de aids autorizada pelo governo federal (SOARES; COSTA, 2011).

As informações não eram tão bem difundidas, no início, não havia o advento de tecnologias medicamentosas e conseqüentemente, obtinha-se o medo, a negação e o preconceito instalados nas pessoas. Embora, atualmente haja ampla difusão das informações, ainda há a discriminação relacionada ao comportamento sexual e uso de drogas endovenosas, corroborando para criação de rótulos negativos amplamente concebidos para a doença.

Mediante ao exposto, a atitude do profissional de saúde pode influenciar na adesão ao tratamento, visto que o estigma é conhecido como o maior entrave para a saúde pública (GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2015, 2015). Perante uma relação de confiança e cumplicidade, o HIV positivo espera de quem o atende a compreensão da complexidade que é conviver com o HIV/AIDS (GALVÃO; PAIVA, 2012).

1.2.2 O HIV/ AIDS e sua relação com a espiritualidade

Atualmente, a compreensão religiosa e espiritual figura como variável que vem ganhando destaque e reconhecimento como indicador de saúde, qualidade de vida, na busca da promoção de um cuidado integralizado. Mediante isso, pesquisas na área da saúde evidenciam que o envolvimento religioso está relacionado a indicadores mais elevados de saúde mental e bem-estar (KOENIG, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; STROPPA, 2012).

De acordo com os autores Borges, Santos e Pinheiro (2015), os grupos de pessoas religiosas são reconhecidos por menor índice no abuso de drogas ilícitas e lícitas, menor incidência de suicídios e menor prevalência de depressões, constatando que a religiosidade tem influência na saúde física e mental e atua como fator de proteção contra o desenvolvimento de doenças.

Em torno das décadas de 60 e 70 do século XX, o uso do termo espiritualidade destacado de religião se tornou conhecido. Ressalta-se que no senso comum não existe essa distinção entre esses conceitos e em estudos, no entanto, eles confundem-se. Muitos autores apropriam-se como sinônimos outros fazem uma discriminação bem clara entre ambos, atribuindo a espiritualidade uma concepção muito mais ampla (KOENIG, 2012).

Assim, a espiritualidade, no que lhe concerne, remete a uma relação pessoal com o transcendente, e referente ao domínio do espírito (Deus ou deuses, almas, anjos, demônios), algo extrafísico, que já foi conhecido como sobrenatural. Com isso, a espiritualidade refere-se a um termo mais abrangente que pode compreender também a religião. Nessa dimensão representa um aspecto do núcleo da religião. Não obstante, este tipo de argumentação possibilita dizer que existem pessoas espiritualizadas, embora não estejam ligadas a nenhuma religião, ou ao contrário, pessoas extrinsecamente religiosas podem ser particularmente espirituais (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

Para Koenig (2012) faz-se necessário que para fins do cuidado em saúde, o conceito de espiritualidade se ancore em uma base mais ampla e inclua tipos religiosos e não religiosos e seja definida pelos próprios pacientes. Para o autor, o essencial é que o maior número possível de pacientes tenha oportunidade de ter suas necessidades espirituais identificadas e consideradas, sem importar como as entendam (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

Perante isso, o cuidado em saúde requer uma abordagem ampla, integral e multidimensional que impreterivelmente precisa transitar pela cultura das pessoas envolvidas na ação.

De acordo com Valle (2005), a espiritualidade profere o sentido profundo do que se é e se vivencia, admitindo o corpo e permitindo ao homem ultrapassar a dimensão biológica e emocional de suas vivências. Remete a uma relação pessoal com o transcendente, algo extrafísica, que já foi chamado de sobrenatural. Assim, a espiritualidade refere-se a algo mais genérico que, inclusive, pode incluir a religião (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

Há uma realidade complexa, no que tange à área da saúde, uma vez que a adesão ou não ao tratamento e práticas pessoais de cuidado podem ser vigorosamente influenciadas pelo exercício da espiritualidade (PARGAMENT *et al.*, 1998).

Nessa perspectiva, as crenças sobre religião e espiritualidade podem influenciar o modo como pacientes e profissionais de saúde compreendem a saúde e a doença e como compartilham com os outros (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015; MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016; SILVA, 2010).

Em contrapartida, a espiritualidade pode ser uma estratégia empregada para o enfrentamento de situações adversas, promovendo o aumento do senso de propósito e significado da vida, fatores associados ao aumento da resistência ao estresse relacionado às doenças (ROCHA; CIOSAK, 2014).

No que diz respeito às pessoas vivendo com HIV, a espiritualidade ganha relevância a partir do encontro de sentido da vida e de razão para viver após o diagnóstico, entre outros inúmeros aspectos. Sendo assim, a vivência da patologia não é dada apenas pela doença em si, como também pela representação desta para o sujeito. A partir desta representação e através dela é que as pessoas atribuem significado à doença e buscam um sentido para a vida (SILVA, 2010).

Estudos orientados por esta temática evidenciam que a espiritualidade é uma estratégia positiva para o enfrentamento da aids e das alterações biopsicossociais que a patologia produz na vida de pessoas vivendo com HIV. Os estudos apresentam também que os enfermeiros têm reconhecido a importância da dimensão espiritual e religiosa como parte do cuidado de

enfermagem aos usuários dos serviços de saúde, no entanto, de forma tímida no contexto de vida das pessoas com HIV (FARIA; SEIDL, 2006; MENEGHEL *et al.*, 2008; PRADO *et al.*, 2004).

Para tentar elucidar a problemática social e o enfrentamento cotidiano da aids a Teoria das Representações Sociais tem sido comumente utilizada (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016). Isto porque, aborda com clareza o que exatamente tal grupo estudado possui de informação para sua representação.

Por conseguinte, acessar as representações sociais da aids torna-se um caminho para a compreensão da espiritualidade, que pode interferir nas atitudes e nas práticas do grupo social, seja ela dos portadores da síndrome ou dos profissionais de enfermagem (HERZLICH, 2005).

É importante ressaltar, porém, que as pessoas vivendo com HIV necessitam de uma assistência contínua e integral, além do compromisso com o seu autocuidado. E essa vertente consiste em um desafio para os pacientes, uma vez que, a convivência com a doença acarreta mudanças em seus cotidianos e ainda assim, pelo fato de a aids ser marcada pelo preconceito e estigma social (PINHO *et al.*, 2017).

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade do apoio profissional, social, familiar e religioso-espiritual. Dessa forma, realizar o acolhimento e sistematizar o cuidado integral 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 (PINHO *et al.*, 2017).

De fato, a oferta de uma assistência integral e individualizada, onde a religiosidade e a espiritualidade estão inseridas são consideradas uma importante ferramenta nas estratégias de enfrentamento das novas situações que se impõe na vida das pessoas que vivem com HIV/Aids. No entanto, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem estejam atentos a contemplar as dimensões do ser, como a espiritualidade e a religiosidade, para que possam ofertar uma assistência livre de danos, com qualidade que possibilite uma construção do conhecimento entre ambas as partes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Teoria das Representações Sociais

O sociólogo francês Emile Durkheim, em 1912, elaborou o conceito de representações coletivas, em que propõe um conjunto sistemático de elementos que segundo Moscovici (1989), tenta explicar um conjunto de fenômenos sociais (NOBREGA, 2001).

De acordo com Sá (2015, p. 185), o conceito de RS originou-se do conceito de representações coletivas, de Emile Durkheim, que “procurava dar conta de fenômenos tão amplos como a religião, os mitos, a ciência, as categorias de espaço e tempo, etc., em termos de conhecimentos inerentes à sociedade”.

Não obstante, Durkheim conceitua e opõe as representações coletivas às representações individuais considerando que o pensamento social tem uma matéria e estados específicos que somente podem ser compreendidos por outros fatores. A interpretação dicotômica de um social estático e impermeável à instabilidade das mudanças individuais, tornou amortecida por mais de meio século a teoria de Durkheim no mundo científico (MOSCOVICI, 1961).

A teoria das representações sociais formulada no final dos anos 50 marcou uma nova etapa na história da psicologia, onde encontrou resistência, notadamente, entre os paradigmas dos saberes dominantes da época, behaviorismo e o marxismo do tipo mecanicista (JODELET, 1989). Apenas nos anos 70 a teoria das representações sociais encontrou seu lugar na história, para incitar o interesse na pesquisa, não somente da psicossociologia, mas também, em outros domínios, onde o conceito é reavido nas abordagens “teóricas e empíricas, experimentais e não-experimentais” (DOISE, 2002, p. 30).

Serge Moscovici em seu livro *La psychanalyse, son image et son public*, introduz sobre a teoria das representações sociais, tomando como objeto de pesquisa a apropriação da psicanálise, o qual difunde o saber científico, transfigurando-o numa forma de conhecimento social elaborado e compartilhado como saber prático do senso comum (LIMA, 2012; MOSCOVICI, 1978).

No livro, Moscovici dissertou sobre o conceito de representações sociais que teve origem num esforço de recuperação e atualização do conceito de “representações coletivas”, iniciado por Emile Durkheim (SÁ, 2007).

O ponto de partida da teoria é chamado de abandono da distinção clássica, fortemente desenvolvida pela abordagem behaviorista, entre sujeito e objeto. Segundo Moscovici (1969, p. 9), no contexto das representações “não existe separação entre o universo externo e o universo interno do indivíduo (ou do grupo). Sujeito e objeto não são forçosamente distintos.”

Contudo, o objeto está inscrito num contexto ativo, sendo este contemplado pela pessoa ou grupo, pelo menos parcialmente, enquanto prolongamento do seu comportamento, de suas atitudes e das normas às quais ele se refere (CAMPOS, 2003).

As representações sociais podem ser analisadas pelos discursos, propagadas nas palavras, imagens e mensagens, explicitando o pensamento do outro a respeito de determinado tema. Pensamento este que simboliza o que foi incorporado pelo indivíduo sobre o que ele visualizou e vivenciou a respeito dos assuntos que permeiam o cotidiano do grupo em que está inserido na sociedade.

Dessa forma, toda representação é uma visão geral e unitária de um objeto, como também de um sujeito. A representação reformula a realidade para permitir a integração das características objetivas do objeto, das experiências passadas do sujeito e do seu conjunto de métodos e normas. Possibilita-se, conceituar representação como uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, faculta ao indivíduo ou ao grupo dar significado às suas condutas e compreender a realidade através do seu próprio sistema de referências; permitindo ao indivíduo adaptar-se e encontrar um lugar nesta realidade (CAMPOS, 2003).

Para Jodelet (1989, p.36) a representação social “é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.” Já Abric (1994, p.64) diz que ela é, ao mesmo tempo, “o produto e o processo de uma atividade mental, através da qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual ele se confronta e para a qual ele atribui um significado específico.”

Para tal, as representações tornam-se sociais, obedecendo as relações entre membros de um grupo. Elas podem ser partilhadas por todos os componentes do grupo altamente estruturado, como uma cidade ou nação, sem terem sido concebidas pelo próprio grupo (MOSCOVICI, 2009).

Moscovici, na segunda parte do seu livro “A psicanálise, sua imagem e seu público”, classifica e faz análise dos três sistemas indutores das representações: a difusão, a propagação e a propaganda. Cada sistema de comunicação é particular nas relações estabelecidas entre o emissor e o alvo (receptor), à organização das mensagens e aos comportamentos visados (NOBREGA, 2001).

As representações têm um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e nas práticas, elas respondem a 4 funções essenciais: 1. Saber prático do senso comum: permite compreender e explicar a realidade, comunicação social; 2. Função identitária: elas definem a identidade e permitem a proteção da especialidade dos grupos, situam os indivíduos dentro do grupo; 3. Função de orientação: elas guiam os comportamentos e as práticas, definindo o que é lícito e tolerável; 4. Função justificadora: elas permitem, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos; justifica as condutas em uma ação ou face a seus parceiros (MOSCOVICI, 2003).

As representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, através de uma palavra, gesto ou reunião em nosso universo cotidiano. Elas impregnam a maioria de nossas relações estabelecidas, os objetos que produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos. Além disso, as representações sociais são um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida rotineira no curso de comunicações interpessoais, envolvendo saberes populares e do senso comum, elaborados e partilhados coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real (MOSCOVICI, 2009).

Considera-se coexistirem duas classes distintas de universos de pensamento, nas sociedades contemporâneas: os universos consensuais, que constituem as atividades intelectuais de interação social cotidiana pelas quais são produzidas as Representações Sociais, e os universos reificados, onde se produz a ciência e circula o pensamento erudito, objetivo, lógico e metodológico (SÁ, 1993).

Moscovici (1961 apud Vala, 2000) desenvolveu algumas questões de relevância sobre como estas representações são formadas. Então, criou dois processos: objetivação e ancoragem para responder a estas questões. Na objetivação, na relação do sujeito com o objeto representado, cria-se uma realidade autônoma dos valores. Consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e invisível o impalpável, enfim, “transformar em objeto o que é representado” (MOSCOVICI, 2003, p. 294).

A ancoragem é o processo que se refere à assimilação de um novo objeto por objetos já presentes no sistema cognitivo. Esses objetos são as “âncoras” que permitem construir a representação do novo objeto e sustentá-la. O estudo da ancoragem, numa perspectiva sociológica, verifica a relação entre as pertencas sociais e os conteúdos de uma representação, a partir da hipótese de que as experiências comuns aos membros de um mesmo grupo, decorrentes de uma mesma inserção no campo das relações sociais, suscitam representações semelhantes (VALA, 2000).

Moscovici (1961, p.318), analisa: “se a objetivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram enquanto termos da realidade social, a ancoragem permite compreender a maneira na qual eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais.”

Segundo Padilha (2001) para acontecer a objetificação são necessárias três etapas, a saber: construção seletiva da realidade, esquematização flutuante à formação de um núcleo figurativo e naturalização.

A construção seletiva consiste no mecanismo utilizado pelo grande público utilizador dos meios de comunicação de massa, para se apropriar de determinado *corpus* teórico científico. A esquematização flutuante ou núcleo figurativo é o elemento “duro” e mais estável da representação. É identificado a partir das expressões mais conhecidas e usadas pelos indivíduos de um grupo social (MOSCOVICI, 2009).

Segundo Abric (1994, p. 197), “toda representação é organizada em torno de um núcleo central. Este núcleo central é o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina ao mesmo tempo a significação e a organização da representação.” Já a naturalização “é uma projeção reificante de noções abstratas no real, de materialização e de espacialização de entidades conceituais” (JODELET, 1989, p. 116).

A teoria tem sido discutida e utilizada por diversos pesquisadores de distintas áreas de conhecimento no Brasil. Desmembra-se em três abordagens complementares, a saber: sociológica ou relacional, processual e estrutural (SÁ, 1998).

De forma geral, a abordagem processual, liderada por Denise Jodelet, em Paris é mais fiel à teoria original. A abordagem estrutural, que tem como principais representantes Jean-Claude Abric e Claude Flament, em Aix-em-Provence, enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações e resultou na teoria do núcleo central (sistemas central e periféricos). E uma terceira abordagem, denominada relacional ou societal, liderada por Willem Doise, em Genebra, que procurou relacioná-la com uma perspectiva mais sociológica. Nesta terceira abordagem, apreende as posições individuais no campo representacional e a respectiva ancoragem na dinâmica societal (COSTA; LIMA, 2013; LEMOS; SÁ, 1998).

Mediante ao exposto, a abordagem dinâmica ou processual, difundida por Jodelet em 1989 (2003), conjectura que as representações sociais são uma modalidade de conhecimento prático, as quais orientam a comunicação e a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. Com isso, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias), porém não se limitam aos

elementos cognitivos. As representações são socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de uma realidade comum, que beneficia a comunicação.

Esta abordagem processual pondera que as representações são centradas mais no aspecto constituinte (processo) do que no aspecto constituído (conteúdo) das representações. As produções simbólicas, os significados, a linguagem, o objeto de estudo e suas vinculações sócio históricas e culturais são o eixo desta análise, e destaca como a vida cotidiana se relaciona as representações sociais (SÁ, 1998).

Em articulação com a perspectiva sociológica de Pierre Bourdieu, a abordagem relacional ou societal foi desenvolvida por Willem Doise, dando ênfase às relações sociais que estão na origem das representações sociais, como também às condições de produção e circulação (SÁ, 1998). No entanto, abordagem estrutural reconhece a estrutura ou o núcleo das representações, assim como elas se organizam e quais os elementos as instituem. Essa abordagem se refere ao conteúdo cognitivo das representações e o concebe como um conjunto estruturado de ideias e valores.

Dessa forma, a Teoria do Núcleo Central, também denominada de Abordagem Estrutural das Representações, foi elaborada por Abric em 1976 (SÁ, 2002). Esta mesma teoria pretende trabalhar a ideia de centralidade na organização de uma representação. Abric (2000, p. 31) afirma que "a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado à representação". Então, a maneira que este autor propõe, é que a organização das representações sociais se faz ao redor de um núcleo central, sendo este elemento que fundamenta seu sentido mais essencial.

A representação é formada por um conjunto de informações, de crenças, opiniões e atitudes em relação a um dado objeto social. Este conjunto de elementos, se organizado, estrutura-se e se configura num sistema sociocognitivo específico.

O núcleo central é um elemento unificador e estabilizador da representação, sendo composto por dois tipos de elementos: os elementos normativos e os elementos funcionais. Os normativos estão relacionados aos sistemas de valores dos indivíduos, à história e à ideologia do grupo, e determinam as tomadas de posição frente ao objeto e aos julgamentos, constituindo uma dimensão social do núcleo. Já os elementos funcionais determinam as condutas referentes ao objeto e estão relacionados ao objeto nas práticas sociais e às características descritivas. A existência simultânea destes dois elementos permite que o núcleo exerça o seu duplo papel: pragmático – atribuído às práticas específicas; e avaliativo - que justifica os julgamentos de valor (ABRIC, 2003).

No entanto, o núcleo central de uma representação assume duas funções fundamentais, são elas: geradora, elemento ao qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos constitutivos da representação, ganhando sentido e valor; organizadora, determina a natureza dos elos unindo entre si os elementos da representação (CAMPOS, 2003).

De acordo com Flament (2001), o núcleo central possibilita, à representação, sua significação, que determina os laços que unem entre si os elementos do conteúdo e que regem a sua evolução e à sua transformação.

O núcleo central assegura a estabilidade de uma representação social na sua periferia, onde comportam as verbalizações mais subjetivas e menos frequentes, proferidas pelo grupo acerca do objeto representacional e, por esse motivo, absorvidas pelos esquemas periféricos. Deste modo, o sistema periférico serve de dispositivo para amortecer o confronto entre a realidade subjetiva e os elementos consensuais constitutivos do núcleo central de uma representação (FLAMENT, 2001).

Em torno do núcleo central encontra-se os elementos periféricos, que constitui o primordial do conteúdo da representação, seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos. Apresentam a característica de proteger o núcleo central, são flexíveis, possibilitando a integração de informações, como também, de práticas diferenciadas, permitindo, contudo, comportamentos e conteúdos heterogêneos (ABRIC, 2000).

De acordo com Abric (2000) o núcleo central obtém como singularidade constituir-se do elemento, ou dos elementos, o mais estável da representação, o qual possibilita a continuidade desta em contextos móveis e evolutivos. Por conseguinte, é através da identificação do núcleo central que pode haver o estudo comparativo das representações.

Não obstante, para que as representações sejam distintas, elas precisam ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes. A simples identificação do conteúdo de uma representação não limita para o seu reconhecimento e especificação. A organização deste conteúdo é primordial, pois duas representações definidas por um mesmo conteúdo podem ser radicalmente diferentes, caso a composição destes elementos (sua centralidade) seja diferente (ABRIC, 2000).

Por fim, as representações sociais, configuram um papel fundamental de comunicação entre a ideologia e as formações discursivas, contribuindo, através da comunicação cotidiana, uma elucidação para a dinâmica destas relações através da interação social, a composição da identidade grupal e as construções simbólicas (GOMES, 2015).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Na presente seção foram descritas as partes do percurso metodológico do estudo, como o tipo de abordagem em função da natureza dos dados e o seu alcance, assim como os cenários, participantes, métodos de coleta e análise de dados, necessários à execução do estudo.

Conforme mencionado na introdução, este estudo se inseriu no Projeto Matriz intitulado “A espiritualidade e a religiosidade em pessoas que vivem com HIV: construções simbólicas, práticas sociais e o cuidado de enfermagem”, coordenado pelo professor Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes. Assim sendo, alguns aspectos metodológicos foram previamente definidos no projeto matriz no qual este se insere como é o caso dos cenários do estudo, os métodos e as técnicas de coleta de dados.

3.1 Tipologia do estudo

Pesquisa é o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos (ANDRADE, 2003). É um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas propostos (GIL, 2002).

No presente estudo optou-se pela proposta metodológica de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, considerando que o objeto investigado pertence a uma realidade ligada ao mundo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes resultantes da ação humana objetiva. Tais significados são apreendidos por meio do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivenciam determinada situação (MINAYO, 2014).

A abordagem qualitativa zela pela compreensão do fenômeno como essência do conhecimento, estudando as relações complexas existentes a fim de apreender o processo da pesquisa como um ato social de construção do conhecimento, sendo esta a abordagem adequada para tal estudo de acordo com o objeto que se pretende investigar (FLECK *et al.*, 2003 apud GÜNTHER, 2006). Utilizou-se um estudo descritivo e de caráter exploratório, já que, não são encontrados muitos estudos no Brasil com o tema Espiritualidade, Enfermagem (profissionais enfermeiros) e HIV/Aids. Este tipo de estudo visa observar, descrever e

documentar aspectos de uma determinada realidade e não se preocupa em explicar e nem intervir no mundo real, além de estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Este delineamento ganha ainda maior relevância quando um dos suportes teóricos e metodológicos é a Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural.

A abordagem metodológica qualitativa concilia-se como holística por estar preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades e naturalista, porque não impõe qualquer limitação ou controle ao pesquisador, bem como, estudar a subjetividade e se aprofundar mais na análise dos discursos do que em resultados quantitativos. Há uma implicação entre o conhecimento sobre o mundo e os sujeitos que o constroem, numa relação dinâmica entre o sujeito e o objeto. Logo, a interpretação do fenômeno, atribuindo-lhe significados, é parte integrante do processo de conhecimento (MINAYO, 2014).

Porquanto, a escolha por um estudo qualitativo deu-se em função da necessidade de compreender uma determinada situação na perspectiva dos participantes da pesquisa que a vivenciam, ou seja, parte da sua vida diária, satisfação, emoções, sentimentos e desejos (LEOPARDI *et al.*, 2001). As abordagens qualitativas se constituem pela preocupação em compreender a forma de agir e de pensar das pessoas ou dos grupos e destinam-se a responder às exigências aplicadas aos fenômenos estudados. Ela pode ser inserida a variadas dimensões, como a vida de um grupo, suas estruturas de pensamentos, suas crenças, seus códigos de conduta, seus costumes e as experiências vivenciadas no dia a dia pelas pessoas (JODELET, 2003).

Uma vez que o estudo pretende abordar temas envoltos em subjetividades, significados e intencionalidades e, ao mesmo tempo, busca a avaliação de uma realidade de difícil mensuração objetiva e numérica, propõem-se uma abordagem qualitativa com o suporte da Teoria das Representações Sociais.

No que concerne à Teoria das Representações Sociais, Marques *et al.* (2003) nos demonstram que a enfermagem tem se apropriado desse referencial como suporte na construção do conhecimento e boa parte dessa produção adota a abordagem qualitativa. Para tais autores, esse movimento indica um distanciamento do modelo biomédico e uma maior aproximação de referenciais teórico-metodológicos que permitam um suporte mais adequado aos objetos de estudo relacionados ao cuidado.

3.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo é um Hospital Universitário estadual localizado no município do Rio de Janeiro, referência em diversas especialidades. A instituição foi inaugurada em 1950, onde fazia parte da rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Tornou-se, em 1962, hospital escola da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara (UEG), atual Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Já em 1965, incorporou-se a UEG como Hospital das Clínicas.

Neste hospital as atividades favoreciam as questões acadêmicas de ensino e pesquisa, principalmente, com seguimento e estudo de raridades clínicas e doenças em estágio final de evolução. Vinte e cinco anos depois de inaugurado torna-se pioneiro em oferecer atendimento especializado ao adolescente integral e multidisciplinar, tornando-se também, hospital de atendimento integral para atender as demandas da população mais carente. No momento atual, são 525 leitos e mais de 60 especialidades e subespecialidades. Tecnologia sofisticada abrange a Cirurgia Cardíaca, Transplante Renal e Transplante de Coração, cirurgias de alta complexidade, além dos atendimentos ambulatoriais de referência em diversas áreas da saúde. Não obstante, consiste no centro de referência nacional para atendimento de adolescentes cardiopatas e nefropatas crônicos, principalmente.

Foram coletados os dados da pesquisa nos seguintes setores: Núcleo de Estudos e Saúde do Adolescente (NESA), Serviço de Treinamento e Avaliação em Enfermagem (STAVE), Unidade Cardio Intensiva (UCI), Centro Universitário de Controle do Câncer (CUCC), Ambulatórios de Pediatria e Central, Clínica Médica, Pediátrica e Cirúrgica, Central de Material e Esterilização (CME) e Centro de Distribuição de Material (CDM), Nefrologia, Chefia do Serviço de enfermagem, Supervisão de Enfermagem, Núcleo Perinatal, Plantão Geral, Terapia Intensiva Adulto e Coronária, Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, Comissão de Curativo, Banco de Sangue e Hematologia, e Setor de Imagem.

Conforme a classificação do Ministério da Saúde, considera-se este hospital como Serviço de Assistência Especializada (SAE) e, portanto, desempenha assistência, prevenção e tratamento às pessoas que vivem com HIV e familiares, visando desta forma proporcionar atendimento integral e de qualidade aos usuários deste serviço (BRASIL, 2014a).

3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa são profissionais enfermeiros, conforme definido no Projeto Matriz, sendo que a composição amostral foi fixada em 198 (cento e noventa e oito) enfermeiros, que cuidam de usuários atendidos no referido hospital. Como critérios de inclusão foram definidos: enfermeiros de ambos os sexos que fizessem o atendimento e assistissem pacientes no referido hospital universitário e que no momento da entrevista, estivesse em condições que permitissem responder às questões.

O Projeto teve duas etapas, sendo que na primeira utilizaram-se os dados levantados dos 198 profissionais que assistem pessoas vivendo com HIV, que foram apresentados ao Projeto Matriz em seu horário de atendimento e que concordaram em participar da mesma assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO A), responderam em seguida o questionário de caracterização e participaram da técnica de evocações livres. Nesta etapa também foi solicitado aos entrevistados que justificassem as palavras evocadas. As justificativas foram integralmente transcritas pelos membros do grupo de pesquisa, constituindo um banco de dados.

Cabe esclarecer que antes da entrada no campo foram adotados os procedimentos necessários para a coleta de dados no cenário do estudo.

Na segunda etapa, estão incluídos os profissionais enfermeiros que participaram da primeira etapa, mas não em sua totalidade. Foi necessário retornar ao campo para coleta de mais dois instrumentos, são eles: 30 questionários de *mise-en-cause* e 30 de *choix-par-bloc*. Essas técnicas possibilitam analisar, com maior exatidão, a representação social do grupo estudado e a relação dos mesmos com o objeto.

3.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados às técnicas utilizadas nas pesquisas em representações sociais podem ser os métodos interrogativos, que integram a expressão dos sujeitos sobre o objeto de representação, como exemplo, a entrevista. Também existem os métodos associativos, que reúnem expressão do objeto de representação de forma espontânea, permitindo uma hierarquização dos seus conteúdos, por exemplo, a evocação livre (ABRIC, 2001).

A coleta de dados compreendeu duas etapas, correspondendo a aplicação de quatro técnicas. A primeira etapa compreendeu a aplicação de questionário com variáveis sociodemográficas (ANEXO B) e o formulário da técnica de evocação ou associação livre de palavras (ANEXO C), que agregou um procedimento complementar, ou seja, a solicitação aos participantes das justificativas das palavras ou expressões evocadas.

A segunda etapa correspondeu a realização das seguintes técnicas: *mise-en-cause* (MEC), *choix-par-bloc* (CPB), coletados concomitantemente, aos termos referentes ao provável núcleo central da análise estrutural da representação de espiritualidade. Serão aplicados 30 questionários de *mise-en-cause*, 30 de *choix-par-bloc*. Em todos os instrumentos tivemos questões referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes.

O questionário de caracterização dos participantes da pesquisa se constitui de questões voltadas para o levantamento sociodemográfico, além daquelas específicas à prática de espiritualidade, considerando que estes dados são relevantes e podem influenciar, de alguma maneira, na representação social construída acerca da assistência. Foi o primeiro instrumento empregado na coleta de dados, imediatamente após a explicação do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A técnica de evocações livres foi adotada pois propiciou identificar como os elementos da representação social da espiritualidade estão organizados e estruturados e, ao mesmo tempo, como se relacionam com a representação da espiritualidade e do cuidado dos enfermeiros com os pacientes que vivem com a síndrome. Destaca-se que esta técnica é caracterizada como um teste projetivo/associativo e busca acessar a organização e a estrutura internas da representação. Cabe ressaltar que a evocação livre se adequa à teoria do núcleo central das representações sociais em sua abordagem estrutural, que se constitui como a base teórica para a análise dos dados obtidos (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Abric (1994) defende essa técnica por compreender que por meio dela é possível atingir os elementos que constituem o conteúdo da Representação Social e, em função da espontaneidade da técnica, tais elementos seriam atingidos de maneira muito dinâmica.

A coleta de evocações livres de palavras ocorreu solicitando ao participante que mencionasse cinco palavras ou expressões que viessem imediatamente à mente após ouvir os termos indutores “Espiritualidade”, “Religiosidade” e “HIV/AIDS”, em momentos distintos para cada termo. Ressalta-se que no presente estudo utilizou o banco de dados referente ao termo indutor “espiritualidade”.

As demais técnicas de coleta de dados têm por propósito auxiliar a compreensão da relação entre os cognemas (WACHELKE, 2008). O *Choix-par-bloc* ou escolha sucessiva por

bloco (ANEXO D) é uma técnica complementar para compreender a estrutura interna da representação e destacar o núcleo central por meio da hierarquização dos termos evocados. Esta metodologia permite uma abordagem quantitativa para elementos de representação e através dela evidenciarmos as relações de similitude no interior da representação, bem como as relações de antagonismo ou exclusão através do cálculo do índice de distância, permitindo comparar a importância relativa de certos elementos (SÁ, 2002). Com isso, foi elaborada uma lista com 9(nove) elementos para cada evocação, onde os participantes deverão escolher as três palavras que mais caracterizam o objeto de representação e os três itens que menos o definem.

O *Mise-en-Cause* ou técnica do questionamento (ANEXO E) se constitui num método de verificação da centralidade do núcleo central, onde são realizadas perguntas aos participantes para verificar a centralidade dos elementos, os participantes devem dizer se reconhecem ou não o objeto central (WOLTER; WACHELKE; NAIFF, 2016). Nesse método é solicitado aos participantes, por meio de pergunta negativa, obtendo como resposta sim, não e talvez, que indiquem se a desconsideração do elemento permite manter a identidade do objeto social de interesse (WACHELKE, 2008). Esses métodos possibilitam identificar a estrutura e organização da representação e, por vezes, trazer os elementos centrais. Dessa forma, a saliência dos itens constituintes do objeto de representação é um indicador da centralidade (SÁ, 2002).

A variedade de recursos de coleta de dados visa garantir uma análise dos dados mais rigorosa, reduzindo possíveis desvios ou erros e conferindo maior rigor metodológico ao estudo, consequentemente uma maior credibilidade dos resultados. Tem-se ainda como justificativa a adoção da abordagem estrutural das Representações Sociais. Essa abordagem plurimetodológica é definida como triangulação. Para Azevedo *et al.* (2013), o conceito de triangulação deriva das ciências militares, onde era utilizado para delimitar o posicionamento específico de determinado objeto. Pelos princípios da geometria, a multiplicidade de pontos de observação garantiria uma maior precisão na localização do objeto. Transpondo tais conceitos para as ciências sociais:

Estando o pesquisador posicionado em um ponto de vista, ele precisará se posicionar em outros dois pontos de vista, no mínimo, a fim de ajustar a adequada “distância e angulação” dos conceitos e se posicionar definitivamente após a análise das visadas. (ibid, p. 03)

3.5 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: a primeira relacionada à caracterização dos sujeitos e do material oriundo das evocações livres; a segunda etapa corresponde à análise *da mise-en-cause e choix-par-bloc*.

3.5.1 Análise dos dados do questionário

Os dados sociodemográficos dos participantes do estudo já foram dispostos em planilha *excel*® pelo grupo de pesquisa, constituindo, porém, um banco de dados. Os resultados foram organizados em tabelas e/ou quadros para a realização da descrição e análise das variáveis, dando um panorama do perfil social, demográfico e profissional do grupo de participantes do estudo.

3.5.2 Análise das Evocações livres

A análise das evocações livres de palavras se deu através da análise prototípica a partir do tratamento e sistematização dos dados por meio do programa EVOC (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*), versão de 2005, desenvolvido por Pierre Vergès (2000). Este *software* possibilita que as evocações concebidas sejam organizadas mediante suas frequências e ordem de evocação. O cruzamento entre essas frequências e a hierarquização das evocações resultará na formação do Quadro de Quatro Casas, o qual demonstra o conteúdo e a estrutura das representações sociais sobre o objeto de estudo (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Para Abric (2003), as evocações que surgem mais prontamente e em maior frequência são candidatas à composição do núcleo central da representação, os demais termos (a partir de sua hierarquia e frequência) sugerem os demais elementos da representação: zona de contraste e elementos periféricos. Wolter, Wachelke e Naiff (2016) esclarecem que a análise prototípica (ou das quatro casas) é uma das técnicas mais empregadas para a obtenção da estrutura das

Representações Sociais e acreditam que sua popularidade está relacionada à relatividade simplicidade de sua execução. Contudo, advertem que a técnica, por si só, não garante a certeza da centralidade dos elementos do núcleo da Representação, mas permite indicações prováveis dessa centralidade.

As evocações obtidas, comumente de três a cinco evocações por termo indutor, são agrupadas em um quadro (quadro de quatro casas) formado a partir do cruzamento de um eixo horizontal (relacionado à frequência das evocações, ou seja, quantas vezes foram evocadas) com um eixo vertical (relacionado à ordem média das evocações, ou seja, o quão prontamente foram evocadas), de tal forma que, no quadrante superior esquerdo do quadro, situam-se as expressões com alta frequência e baixa ordem média de evocação, que são candidatas ao núcleo central; no quadrante superior direito, denominado primeira periferia, estão as expressões com alta frequência e alta ordem média de evocações, no quadrante inferior direito, segunda periferia, as palavras com baixa frequência e alta ordem de evocação, e no quadrante inferior esquerdo situam-se as expressões com baixa frequência e baixa ordem de evocação, denominado zona de contraste (WACHELKE; WOLTER, 2011).

A técnica de Vergès constitui um instrumento primordial para a análise da estrutura e organização de uma representação social. Os principais benefícios deste programa desvelam-se pela economia de tempo e a possibilidade de mobilizar os dados dentro dele a fim de que haja uma análise de dados mais criteriosa para o pesquisador do estudo acerca dos aspectos da representação social em questão.

3.5.3 Análise de Similitude

A análise de Similitude é definida como um procedimento utilizado pela perspectiva estrutural do estudo de representações sociais tendo como finalidade verificar o número de conexões que um elemento da representação mantém com os outros elementos representacionais (SÁ, 2002). Portanto, é possível verificar as associações que dado elemento localizado no núcleo central possua com os elementos periféricos, ampliando assim o entendimento que se tenha daquela representação (PECORA; ANJOS; PAREDES, 2010).

A técnica foi elaborada por Flament, em 1986, opera como um modo aproximado de verificar a possibilidade de uma palavra evocada ser central ou não, assim como sendo a

principal técnica de identificação do grau de conexidade dos elementos da representação (SÁ, 2002). Flament *apud* Oliveira (2001, p.142) estabelece que:

admite-se que dois itens serão mais próximos na representação quanto mais elevado for o número de indivíduos que os tratam da mesma maneira (seja aceitando ou rejeitando os dois); calcula-se um coeficiente de contingência, que é um índice de semelhança clássico. Em função da análise de co-ocorrência de palavras ou categorias, obtém-se uma matriz de semelhança, a partir da qual podem ser calculados os índices de similitude.

Posteriormente ao tratamento das evocações, submetem-se as palavras do quadrante à análise de similitude como proposto neste campo de estudos por Flament em 1986. De forma similar ao proposto por Pécora (2007) serão realizados os passos a seguir: a) primeiramente, será realizado todo o procedimento para a elaboração do quadro de quatro casas; b) em seguida, os cálculos de coocorrência das palavras que compõem este quadro, de acordo com o princípio de conexidade espontânea, partindo do pressuposto de que as palavras evocadas guardam relação entre si; c) para a partir de então, construir uma tabela de coocorrências; d) através desta tabela será possível calcular o índice de similitude entre cada par de palavras; e) logo, desenhar a árvore máxima a partir destes índices, segundo as conexões entre os principais elementos da representação (PECORA, 2007; SÁ, 2002).

Portanto, esta análise propicia mais um nível de explicitação, tanto do conteúdo quanto da estrutura da representação, asseverando ou questionando a hipótese de centralidade resultante da construção do quadro de quatro casas (OLIVEIRA, 2001). No caso da elaboração desta análise de similitude, será aplicada a proposta metodológica construída e sistematizada por Pécora e Sá (2008), em que a árvore será construída somente a partir das palavras presentes no quadro de quatro casas, tendo como fundamento a sua coocorrência no processo de produção verbal em face do termo indutor.

3.5.4 Análise de *Choix-par-bloc*

Neste método de análise possibilita-se explorar a relação que une os elementos que compõem a representação social dois a dois. Assim, ajuda a explicar a sua organização e fazer suposições de "centralidade" de certos elementos da representação estudada (AUBERT; ABDI, 2002). A importância de cada item é calculada da seguinte maneira: para cada assunto, cada item tem um valor que varia de +1 a -1, no bloco em que o sujeito colocou o item. Para

cada grupo, é possível calcular o destaque médio de cada item, somando o total dos valores conferidos pela soma das relações entre dois elementos e dividindo-o pelo número de indivíduos que compunham este grupo. Quanto maior a pontuação, maior destaque para o respectivo item (AUBERT; ABDI, 2002).

Conquanto, a conexão de cada item é calculada a partir do índice de similitude: as relações entre o número de coocorrências entre duas palavras e o número de indivíduos. A operação é efetuada para cada par de cognemas e oportuniza desenvolver a "matriz de similitude" entre todos os itens do *corpus* dentro do mesmo grupo de indivíduos (MOLINER, 1994). Quanto mais o índice de similitude é próximo de 1, mais os itens em questão estão correlacionados. É a combinação de relevância e conectividade que consente considerar os cognemas como um elemento central (AUBERT; ABDI, 2002).

3.5.5 Análise da *Mise-en-Cause*

A técnica de análise *Mise-en-Cause* (MEC), parte do pressuposto de que os elementos centrais de uma representação social são inegociáveis e sua disposição deveria induzir, necessariamente, uma mudança na mesma, não podendo mais o objeto ser reconhecido como tal por determinado grupo. Esse processo de refutação serviria como indicador da centralidade de determinadas cognições em uma representação, pois, apenas o questionamento dos elementos centrais daria lugar à negação do objeto (ABRIC, 2003; SÁ, 2002; WOLTER *et al.*, 2015).

O mecanismo da MEC se constitui na utilização de uma dupla negação para o reconhecimento de um elemento central de uma representação social (ABRIC, 2003; SÁ, 2002). Uma vez que, psicologicamente esta dupla negação é mais forte que a simples afirmação (FLAMENT, 2001).

Logo, a técnica de *Mise-en-Cause* é embasada num ponto teórico fundamental na teoria do núcleo central: os elementos centrais de uma representação não podem sofrer mudança, seu questionamento deve dispor a uma mudança de representação. Assim, baseia-se na lógica de dupla negação em que os elementos centrais da representação social são aqueles cujo questionamento (primeira negação) faz com que a refutação maciça (segunda negação) do objeto converta representação social. A vantagem de utilizar o duplo negativo é o fato de

que seria psicologicamente mais forte do que uma mera indicação (DANY; APOSTOLIDIS, 2007; VERGÈS, 2000).

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Atendendo aos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), o anonimato e a autonomia dos participantes da pesquisa (com a livre possibilidade de desistir de sua participação em qualquer tempo do estudo, sem qualquer prejuízo para si) serão assegurados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de atentar para os princípios da beneficência e não maleficência (entendendo que a condução do estudo acarretará maior benefício do que malefícios aos entrevistados), o pesquisador assume o compromisso em retornar aos participantes os achados do estudo como forma de contribuição para a sua prática profissional.

Esta pesquisa vincula-se ao projeto guarda-chuva intitulado “A Espiritualidade e a Religiosidade em pessoas que vivem com HIV/Aids e suas interfaces com as Representações da Síndrome: construções simbólicas, práticas sociais e cuidado de enfermagem”, cujo objetivo principal é analisar a espiritualidade dos enfermeiros que cuidam de pessoas que vivem com o HIV/Aids no processo do seu adoecimento, da vivência cotidiana e de adesão ao tratamento. O desenvolvimento do projeto vem atendendo a todos os pré-requisitos éticos em pesquisa com seres humanos, como recomenda a resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b). Antes da entrada em campo e do início da coleta de dados, foi obtida a autorização do comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o parecer Nº 699.220 e obtida autorização do Hospital cenário do estudo sendo suficiente apenas entregar a autorização do CEP da referida universidade, já que o Hospital está vinculado a ela. A participação dos sujeitos ocorreu de maneira voluntária após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo, simultaneamente, o seu anonimato.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil do grupo de Enfermeiros que assistem pacientes vivendo com HIV num hospital de referência no município do Rio de Janeiro

Participaram do estudo 198 profissionais enfermeiros, dentre eles 176 (89%) do sexo feminino e 22 (11%) do sexo masculino, conforme mostrado na Tabela 1. Este resultado reflete a realidade do perfil dos trabalhadores da enfermagem brasileira e, talvez, mundial. Os dados estatísticos, como aqueles disponibilizados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em 1985, evidenciam, claramente, que 94,1% dos profissionais/ocupacionais de enfermagem, no Brasil, são mulheres (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

Ao retomar aspectos socio-históricos, pode-se dizer que a enfermagem provém de um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. Tem sua origem no cuidado doméstico às crianças, aos doentes, aos idosos e aflitos, associando à figura da mulher com a maternidade que desde sempre fora curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher (LOPES; LEAL, 2005).

É o aprisionamento desses saberes, principalmente para controle social e religioso da sexualidade e da reprodução que impõe questionamentos a sua legitimidade e mudanças no seu livre exercício. A mácula das ordens religiosas obriga à enfermagem, por período prolongado, seu exercício institucional exclusivo e ou majoritariamente feminino e caritativo (LOPES; LEAL, 2005).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa por sexo. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Sexo	<i>f</i>	%
Feminino	176	89
Masculino	22	11
Total	198	100

Fonte: A autora, 2019.

Ao compreender o processo de feminização da enfermagem faz-se necessário ponderar a influência de Florence Nightingale ao institucionalizar, na Inglaterra Vitoriana (1862), uma profissão para as mulheres, para a qual elas são “naturalmente preparadas”, baseado no que era considerado valores femininos. No decurso do processo de profissionalização, esses valores e atributos serão diferentemente explorados no trabalho institucionalizado (LOPES; LEAL, 2005).

Com isso, são encontrados inúmeros estereótipos, na enfermagem, que demonstram as expectativas sobre uma enfermeira, isto é, que seja bondosa, dedicada, carinhosa, abnegada, obediente, servil (PAIXÃO, 1979). Isto reflete as características da própria história da profissão e seu cunho religioso. Esses atributos nada mais são, ou eram, do que aqueles almejados pelos pais, maridos, patrões ou qualquer outra pessoa que convive ou convivesse com a mulher.

Embora existam inúmeras interpretações acerca da feminização não esgota as explicações da questão que persiste. Por outro lado, menos concreta, pode-se dizer que parece se redesenhar a defesa histórica entre as mulheres, de sua condição de “cuidadoras” (LOPES; LEAL, 2005). Portanto, visualizam-se mulheres, profissionais em luta pelo o que não é padrão para ser executado por elas, numa incessante busca pelo seu espaço e lugar nas suas profissões.

Ainda sobre a questão dos gêneros, estudos anteriores afirmam que a enfermagem não deprecia as práticas masculinas e que, inclusive, é difícil identificar efeitos de condutas de competição entre os sexos nas equipes. Assim também, existe a permanência de alguns símbolos e situações que atestam que a profissão não preza pela imagem social masculina. Portanto, no caso dos homens, a sustentação do seu recrutamento no mercado de trabalho não raro apela para os atributos e qualidades naturais masculinas, como a força física da mesma forma que para os femininos: como dedicação e paciência, em alguns casos sem considerar formação e/ou qualificação para o trabalho (OJEDA *et al.*, 2008).

Na segunda tabela temos a distribuição dos profissionais por idade. Com relação as faixas etárias, a Tabela 2 apresenta que a maior parte dos participantes (61%) têm idades iguais ou menores a 49 anos. Fizeram parte desse grupo também enfermeiros com idade iguais ou maiores a 50 anos (35%), e os que não declaram a idade (4%).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa por idade. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Idade	<i>f</i>	%
Idades iguais ou menores a 49 anos	121	61
Idades iguais ou maiores a 50 anos	69	35
Não declararam	8	4
Total	198	100%

Fonte: A autora, 2019.

De acordo com alguns estudos sobre a idade e tempo de trabalho da enfermagem, ao considerar a população de auxiliares, técnicos e enfermeiros existentes hoje no Brasil e obtendo como base a idade deste grupo, é possível formar, a partir do construto da sociologia das profissões, um quadro categorizando as inúmeras “fases” da vida profissional desta categoria. Isto pode ser feito levando-se em conta a idade e a quantidade dos anos de formação até a sua entrada no mercado de trabalho, seja ele de nível técnico ou profissional superior (MACHADO *et al.*, 2016).

Torna-se possível visualizar que conforme os anos passam o profissional de enfermagem aprimora-se criando uma maior estabilidade e amadurecimento onde executam suas atividades. Porquanto os participantes desse estudo em sua maioria estão acima de 40 anos, o que demonstra um maior movimento de maturidade profissional em seu ambiente de trabalho.

Perante a isso, os enfermeiros desse estudo encontram-se na 3ª fase do construto da sociologia acerca das profissões. Esta terceira fase é denominada de “Maturidade profissional”, onde estão os indivíduos com idade entre 36-50 anos. São considerados profissionais em pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, técnicas e práticas de enfermagem, devidamente preparados e qualificados se inserindo por definitivo no mercado de trabalho. Assume a plenitude de sua vida profissional e passa a ter domínio de suas habilidades e destrezas cognitivas (MACHADO *et al.*, 2016).

Enfatiza-se que é a fase das certezas, da consolidação da identidade profissional, da estruturação do futuro por intermédio de escolhas planejadas e tecnicamente aferidas. Dá-se início aqui um longo ciclo de produtividade, criatividade, da busca por prosperidade econômica mediante o trabalho. Visualiza-se o auge do reconhecimento profissional (MACHADO *et al.*, 2016).

Na Tabela 2, também encontramos outra fase a ser analisada definida como “Desaceleração profissional”. Nela estão inseridos aqueles profissionais com idade entre 51-60 anos (35%) que, de acordo com os autores, buscam seletivamente se manter nas atividades, trabalhos e empregos que lhes assegurem a aposentadoria. Caso ocorra, a mudança, será promovida por decisões, interesses e desejos pessoais de realização comodidade e segurança pessoal, como por exemplo, a realização de um Pós-Doutorado, ou mesmo de uma Pós-Graduação “fora do tempo” (MACHADO *et al.*, 2016).

Na Tabela 3, temos o estado marital dos participantes. A maioria deles, 73% declarou ter parceiro ou um relacionamento, o que não significa que tenham estado civis comprometidos, mas que por sua vez, possuem relação afetiva.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes da pesquisa por estado marital/conjugal. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Estado marital	<i>f</i>	%
Relacionamento com parceiro/a	145	73
Relacionamento sem parceiro/a fixo	53	27
Total	198	100%

Fonte: A autora, 2019.

Evidencia-se que a influência dos fatores externos nas questões relativas às condições familiares, renda, moradia e formação são fundamentais para a compreensão do contexto social do enfermeiro como potencial para o seu desempenho.

De acordo com as autoras Santos e Castro (2010), a união estável é a mais prevalente entre 56% dos sujeitos da sua pesquisa, que se justifica pela faixa etária em que eles se situam 49 e 53 anos predominantemente. Avalia-se, a partir desse percentual, a existência de enfermeiros com união instável. Este resultado também fica caracterizado no grupo estudado.

Outras pesquisas realizadas com enfermeiros apontam que a maioria possui união estável. No entanto, uma investigação descreve um movimento contrário ao que se espera ao longo dos anos, qual seja uma frequência de 46% de união estável e 54% de união instável (PAULA *et al.*, 2014).

De fato, ao refletir sobre o perfil da sociedade moderna, identifica-se que o conceito de família está mudando quanto à necessidade de união estável através de casamento religioso ou civil.

Na Tabela 4, temos a distribuição dos participantes por religião. Dentre eles a maioria declarou-se católico correspondendo a 41%, seguidos daqueles que se consideram espíritas/espiritualistas 27%, Protestantes 16%, sem religião 13%. Tivemos também aqueles que declaram ter mais de uma religião, correspondendo a 3% dos participantes.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes da pesquisa por religião. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Religião	<i>f</i>	%
Matriz católica	81	41
Matriz protestante/ evangélico/ (neo)pentecostal	31	16
Matriz espírita/espiritualista	53	27
Não tem religião	26	13
Outras religiões (mais de uma)	7	3
Total	198	100%

Fonte: A autora, 2019.

Sabemos que a ligação histórica entre religião e enfermagem é antiga. Dessa forma, a enfermagem sempre teve uma tradição fortemente holística e os enfermeiros a tem praticado com sensibilidade para as necessidades físicas, psicossociais e espirituais das pessoas que são assistidas por eles (TAYLOR *et al.*, 2014).

Certamente, identificar uma enfermagem que tem em seu bojo a essência do cuidado holístico, integral e amplo é a concretização de metas instaladas para a profissão. Há um senso comum sobre a enfermagem ser a arte do cuidar, diretamente ligada ao caritativo e humano o que vem trazer uma relação direta com a religião que traz em si essas referências.

É fato que a religião ocupa um lugar privilegiado na história da enfermagem brasileira. De acordo com alguns autores, às vezes, uma chega a ser porta-voz da outra na construção de um pensamento e na consolidação de atitudes que inspiram a formação e o exercício profissional dos enfermeiros (GUSSI; DYTZ, 2008).

Sendo assim, ao traçar um perfil histórico, a profissão de enfermagem nasceu praticamente da igreja, quando as Irmãs de Caridade da ordem São Vicente de Paula em 1617 iniciaram a convocação de outras irmãs católicas para servir tanto a hospitais religiosos quanto os seculares. Já em 1830, um pastor luterano começou uma escola de enfermagem na

Alemanha, treinando mulheres chamadas diaconisas protestantes. Em 1837, ao receber “um chamado de Deus”, Florence Nightingale iniciou um treinamento entre as Irmãs de Caridade e as Diaconisas protestantes, aplicando os princípios que havia apreendido. Portanto, Florence é considerada a fundadora da Enfermagem Moderna (ABDALA *et al.*, 2017, *apud* KOENIG, 2002).

Conseguimos assim visualizar que mesmo a enfermagem moderna, liderada por Florence Nightingale, foi embasada em pressupostos cristãos. Nesse sentido, cabe entender que “enquanto o real evangelho estiver sendo banido da prática de enfermagem, o ser humano não estará sendo cuidado plenamente. E a arte de enfermagem não fará sentido” (GUSSI; DYTZ, 2008, p. 379).

Perante a isso, Nightingale inseriu como fundamento básico para a assistência de enfermagem a vinculação dos princípios religiosos onde o profissional de enfermagem precisava ter conhecimento dos ensinamentos das mais variadas denominações religiosas, como também a habilidade de cuidar da mente humana, por intermédio do desenvolvimento dos valores religiosos, vistos como fundamentais para a preservação da saúde mental (ABDALA *et al.*, 2017).

Não obstante, por mais que desde os primórdios toda consciência religiosa acerca do ato de cuidar exista, unicamente a partir do início da produção científica em enfermagem emerge um novo olhar, pautada no reconhecimento das necessidades espirituais, independente do assistido ser religioso ou não.

Todavia, os resultados dos estudos são progressivamente mais sólidos e já comprovam que os benefícios de ser adepto a uma religião são maiores que os malefícios (CORTEZ, 2012).

Na Tabela 5, temos a distribuição dos participantes pela variável acreditar em Deus, onde se observa que a maioria, quase que imparcialmente, acredita o que corresponde a 97%. Apenas 3% disseram não acreditar em Deus.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes da pesquisa pela variável acredita em Deus. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Acredita em deus	<i>f</i>	%
Sim	193	97
Não	5	3
Total	198	100%

Fonte: A autora, 2019.

Independente da religião denota-se que o cuidado é inspirado nas ou pelas religiões. E por esse indicador visualizamos que na maioria das vezes é uma segurança ser amparado por uma crença que abrace com sensibilidade a dor, a ausência e até mesmo a incapacidade.

De acordo com alguns estudos, os enfermeiros discernem as singularidades enredadas nos conceitos de espiritualidade e religiosidade, da mesma maneira que reconhecem a articulação entre elas. Assim como, elucidam sua prática baseada na integralidade com a necessidade do respeito a fé do paciente. Entretanto é notória a insegurança de expor sua fé ou aproximar-se da dimensão espiritual do outro com receio de ser mal interpretado (ABDALA *et al.*, 2017).

Com isso, a aplicabilidade dos conceitos de religiosidade e espiritualidade na assistência/ praxis do enfermeiro sofre interferência direta da sua própria espiritualidade e religiosidade, da sua especialização e do impacto que a abordagem desses aspectos efetua nos pacientes (ABDALA *et al.*, 2017).

Existem razões pelas quais o enfermeiro encontra dificuldade em vivenciar sua religiosidade e espiritualidade no ambiente de trabalho. Algumas bem específicas foram encontradas como resultados de pesquisas como medo da rejeição, insegurança em invadir a privacidade e intimidade do paciente, não ter meios de como abordar o tema e assim ser mal compreendido (GÓIS; ABRÃO, 2015).

No entanto, salienta-se que, alguns enfermeiros que participaram do presente estudo utilizam sua espiritualidade para apoiar o paciente, encorajá-lo a lutar, ou apenas confortando-o e à sua família durante sua assistência.

A Tabela 6, a seguir, nos apresenta a escolaridade dos participantes. Dessa maneira, a maioria (65%) declarou ter especialização, vista a necessidade para o cuidado com pacientes com HIV.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes da pesquisa por escolaridade. Rio de Janeiro/RJ.
Brasil – 2019

Escolaridade	<i>f</i>	%
Especialização	128	65
Mestrado	55	28
Doutorado	7	3
Apenas graduação	8	4
Total	198	100%

Fonte: A autora, 2019.

De acordo com a Tabela 6, 28% dos enfermeiros são mestres e 3% doutores e apenas 4% são graduados sem especializações. Conseguimos visualizar que os participantes desse estudo se configuraram na 2ª Fase, chamada de “Formação Profissional”, onde se encontram aqueles profissionais entre 26-35 anos de idade. Nesta fase, os enfermeiros buscam especializar-se por meio de uma Pós-Graduação. Entende-se que essa busca efetiva pela especialização está particularmente ligada à perspectiva de imersão no mercado de trabalho com funções mais específicas, de maior complexidade e destreza cognitiva (MACHADO *et al.*, 2016).

O jovem profissional se encaminha para o meio acadêmico em busca de um curso no âmbito do *lato sensu* ou *stricto sensu*, seja uma formação de atualização ou uma especialização, Programa de Residência em Enfermagem ou afins, Mestrado Profissional, Mestrado Acadêmico ou o Doutorado. Sempre com a pretensão de qualificar-se nas áreas de seu interesse com o olhar para o futuro do mercado de trabalho (MACHADO *et al.*, 2016).

Portanto, a especialização do enfermeiro demonstra seu compromisso com qualidade do seu desempenho profissional, principalmente para o cuidado com as pessoas que vivem com HIV, configurando a importância de sempre estar atualizado as novas maneiras de implementar uma assistência completa, livre de danos. Com isso, tornar-se mais seguro para as demandas promovendo uma integralidade do cuidado aumentando os indicadores de qualidade da saúde dos seus pacientes.

Pode-se dizer que existe para a enfermagem brasileira o desafio de se qualificar continuamente. Não obstante, a qualificação profissional da equipe de enfermagem deve pautar-se na ampliação das demandas assistenciais e na relevância de subjugar o modelo hegemônico de atenção à saúde (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Na Tabela 7, visualizamos o tempo de atuação na instituição. A maioria atua há mais de 21 anos, que representa 47% do grupo. Cerca de 25% atuam entre 11 a 20 anos, e tem aqueles que trabalham 5 anos, que corresponde a 28%.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes da pesquisa por tempo de atuação na instituição. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Tempo de atuação na instituição	<i>f</i>	%
Até 5 anos	56	28
11 a 20 anos	49	25
Acima de 21 anos	93	47
Total	198	100%

Fonte: A autora, 2019.

Nos dados da Tabela 7, visualiza-se que quase a metade dos profissionais trabalha há mais de 21 anos na unidade. Este dado nos permite supor uma maior estabilidade, maturidade e enriquecimento profissional pelo tempo de atuação na instituição.

Infere-se que há um interesse em preservar a estabilidade profissional e, conseqüentemente, se acomodar no modelo de saúde que permite o enfermeiro através dos anos implementar uma assistência mais autônoma. Sobretudo, fatores motivacionais e de satisfação com o trabalho apontam que na maioria das vezes a questão salarial não é determinante para a escolha do vínculo empregatício. De fato, o que o influencia é gostar do que faz, o relacionamento interpessoal e multiprofissional, as possibilidades de ascensão profissional, o poderio da resolutividade atrelado ao comprometimento com a assistência e condições de trabalho (SANTOS; CASTRO, 2010).

A Tabela 8 mostra a distribuição dos participantes da pesquisa por tempo de formação como enfermeiros. A maioria tem acima de 21 anos com 45%, seguidos daqueles com 11 a 20 anos 30% e até os 10 anos de formados (25%).

Tabela 8 – Distribuição dos participantes da pesquisa por tempo de formação como enfermeiro. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Tempo de formação como enfermeiro	<i>f</i>	%
Até 10 anos	50	25
11 a 20 anos	59	30
Acima de 21 anos	89	45
Total	198	100%

Fonte: A autora, 2019.

O período de formado pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de proporcional maturidade. O bacharelado aponta as competências e habilidades do enfermeiro, como também o tempo de formação em uma dada época refletindo o conhecimento e destreza reconhecidos em um determinado período (MARTINS *et al.*, 2006).

Os dados fazem supor haver uma maturidade profissional tendo em vista que a maioria dos participantes da pesquisa possui tempo de formação acima de 20 anos, aproximadamente, 45%. Confirmamos assim a hipótese de que estes enfermeiros estão situados na fase inferida na tabela anterior que discursa sobre os resultados da especialização da profissão.

A Tabela 9, a seguir, apresenta a distribuição dos participantes por tempo de atuação com pacientes que vivem com HIV. Visualiza-se que 32% atuam com esses pacientes até 10 anos, sendo a maioria, acima de 21 anos (31%) e de 11 a 20 anos (26%). Observa-se também aqueles que eventualmente lidam com pacientes (3%) e os que não declararam (8%).

Tabela 9 – Distribuição dos participantes da pesquisa por tempo de atuação com pacientes HIV. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Tempo de atuação com pacientes HIV	<i>f</i>	%
Até 10 anos	64	32
11 a 20 anos	52	26
Acima de 21 anos	61	31
Eventualmente	6	3
Não declararam	15	8
Total	198	100%

Fonte: a autora, 2019.

Cabe ressaltar que, a maioria dos participantes possuem faixa etária e tempo de atuação concomitante ao período de profundas transformações epidemiológicas e sociais do fenômeno HIV/Aids. Dessa maneira, as características conferidas ao perfil concedem um olhar sobre as representações moral e biológica construídas para abordar um elemento novo, a aids, amparada nos significados e conhecimento prévio dos grupos sociais (DANTAS *et al.*, 2015).

Em 1994, o Ministério da Saúde perante a magnitude da aids, recomendou a implantação de Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids, por intermédio de recursos repassados às coordenações locais de DST e AIDS (ABRÃO *et al.*, 2014).

Sobre o conceito de SAE o Ministério da Saúde (2018) disserta sobre uma unidade assistencial de caráter ambulatorial que propõe efetuar ações de natureza assistenciais, preventivas e de tratamento às pessoas com HIV ou aids por meio da atuação de uma equipe multiprofissional mínima composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros.

Com base na Tabela 9, podemos inferir que a maioria dos participantes atua com pacientes HIV há mais de 10 anos, o que revela a dedicação na assistência a este grupo populacional. Dessa forma, temos a certeza de uma enfermagem que se fez presente desde os primeiros momentos da assistência ao paciente HIV, frente às adversidades e ao desconhecido tornando possível o cuidado como medida de amparo a esta nova realidade.

A seguir, a Tabela 10, mostra a distribuição dos participantes pelo tipo de contato com paciente HIV, sendo estes: verbal, físico, físico-verbal e sem contato. A maioria respondeu contato tanto físico quanto verbal (82%).

Tabela 10 – Distribuição dos participantes da pesquisa por tipo de contato com paciente HIV.
Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Tipo de contato com paciente HIV	<i>f</i>	%
Verbal	12	6
Físico	5	2
Físico-verbal	162	82
Sem contato	19	10
Total	198	100%

Fonte: A autora, 2019.

De acordo com a Tabela 10, podemos inferir a notoriedade do cuidado de enfermagem ao paciente HIV. No entanto, sabe-se que as atividades do enfermeiro preconizadas pelo Ministério da Saúde e que são realizadas pelos SAE incluem a consulta de enfermagem, o acolhimento, a realização de grupos de adesão e de outros temas direcionados, já os casos prioritários ficam com a consulta médica (pré e pós) (BRASIL, 2018).

Torna-se evidente, portanto, a função primordial do enfermeiro na assistência ao paciente que vive com HIV e de toda equipe multiprofissional para que se tenha adesão ao

tratamento e dessa forma qualidade dos serviços. No entanto, os enfermeiros além de realizarem as atividades propostas e preconizadas para o cuidado integral, ampliam e promovem a qualidade de vida, buscando através da intersetorialidade e interdisciplinaridade a promoção da saúde desse indivíduo e todo esse grupo social.

4.2 Análise estrutural das representações sociais da espiritualidade para enfermeiros que assistem pessoas que vivem com HIV

Este capítulo apresenta as construções representacionais da espiritualidade para os profissionais enfermeiros que assistem pessoas que vivem com HIV, mediante as análises propostas, sob a luz da Teoria das Representações sociais com a abordagem estrutural.

No primeiro momento, foi realizada a análise da caracterização dos participantes delineada a partir da sua digitação em arquivos *excel*® em dados brutos, como preenchido pelos participantes.

No segundo momento, realizou-se a análise das Evocações Livres pelo Quadro de Quatro casas. Sendo assim, as palavras evocadas foram organizadas em arquivo de texto e, em seguida, formulou-se um dicionário buscando um melhor aproveitamento da análise. No dicionário, utilizou-se o agrupamento de palavras e expressões que fossem sinônimas, como também se ajustou as desinências de número e de gênero. Exemplifica-se: acreditar se tornou palavra padrão para expressara acreditar, do que a gente acredita, acreditar em alguma coisa, acreditar em algo, crença, certeza minha crença, verdade que você acredita, aquilo que você acredita. Estas palavras serão contempladas na análise como contexto semântico. Justifica-se esta organização para um aproveitamento mais produtivo dos resultados pelo *software*. Destaca-se que algumas variações apareceram uma vez no conjunto das evocações.

No que se refere à análise das evocações livres, ao associar dois aspectos correlacionados às palavras, aos termos ou às expressões evocadas, que são a frequência e a ordem que foram ditas, procura-se “criar um conjunto de categorias, organizada em torno desses termos, para assim confirmar as indicações sobre o seu papel organizador das representações” (ABRIC, 2001, p. 60). Através do cruzamento dos critérios de frequência e a ordem que foram ditas, produz o que foi denominado por Vergès o quadro de divisões ou quadro de quatro casas (VERGÈS, 1994).

Este quadro está relacionado a quatro quadrantes organizando os termos evocados da seguinte forma: no quadrante superior esquerdo estão os termos prontamente evocados, verdadeiramente significativos para os sujeitos e que constituem, possivelmente, o núcleo central da representação estudada, uma vez que possuem a maior frequência e a menor média das ordens médias das evocações (*rang*). Já os termos posicionados no quadrante superior direito organizam a primeira periferia, ou seja, dispõem de alta frequência, no entanto o seu *rang* também é elevado, ao mesmo tempo em que as que se encontram no quadrante inferior esquerdo apresentam baixa frequência e menor *rang*, são considerados os elementos de contraste ou de confirmação do núcleo central. As evocações dispostas no quadrante inferior direito formam os elementos mais periféricos da representação, localizados na segunda periferia, são termos que possuem baixa frequência e alto *rang* (SÁ, 2002; SÁ, 2015; VERGÈS, 1994).

Face o exposto no parágrafo anterior e obtendo como base os autores supracitados, construiu-se um esquema do quadro de quatro casas que pode ser visto na Figura 1:

Figura 1 – Esquema da representação do quadro de quatro casas aplicado para organizar o resultado da análise das evocações livres

		Média das ordens médias ponderadas de evocação (OME)	
Frequência Média dos termos evocados	<u>Elementos do Núcleo Central (NC)</u> O.M.E. menor que a média, atribuindo maior importância aos elementos Elementos mais frequentes	<u>Primeira Periferia</u> O.M.E. igual ou maior que a média, confere menor importância Elementos mais frequentes	
	<u>Zona de Contraste</u> O.M.E. menor que a média, atribui maior importância aos elementos Elementos menos frequentes	<u>Segunda Periferia</u> O.M.E. igual ou maior do que a média, confere menor importância Elementos mais frequentes	

Fonte: A autora, 2019.

4.2.1 Estudo 1: Análise prototípica das evocações livres e análise de similitude por coocorrência do termo indutor espiritualidade

No estudo serão analisados, num primeiro momento, a análise prototípica da espiritualidade com a respectiva análise de similitude por coocorrência com isso a busca da RS da espiritualidade para os enfermeiros através de uma perspectiva multimétodos que nos permitiram visualizar a organização interna da representação.

4.2.1.1 Análise prototípica das evocações livres ao termo indutor espiritualidade

Conforme apresentado no capítulo referente ao percurso metodológico do estudo, a partir da aplicação da Técnica de Evocações Livres solicitou-se, a cada participante (n=198), que evocasse cinco palavras ao termo indutor “espiritualidade”. As evocações livres dos 198 participantes resultaram num total de 818 palavras ou expressões, sendo que 212 foram diferentes.

Considerando os pontos de corte estabelecidos para esta análise, definiu-se como frequência mínima de 10, calculou-se a frequência média de palavras que teve como resultado 33. O *software* calculou a média das ordens médias (O.M.E ou *rang*), em 2,70.

Cabe destacar que a frequência média foi definida com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, como sugerem OLIVEIRA *et. al.*, 2005, p. 582:

A lei de Zipf, permite identificar três zonas de frequências: onde aquelas palavras são pouco numerosas para uma mesma frequência; outra onde as palavras são pouco numerosas para uma mesma frequência e a zona onde o número de palavras é muito importante para uma mesma frequência. A partir dessa partição será permitido a escolha de diferentes pontos de corte utilizados.

Por meio desses parâmetros, os dados foram tratados com auxílio do programa *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* (EVOC) 2005 e a análise desses dados resultaram na organização dos conteúdos demonstrados e elaborados conforme a composição do quadro de quatro casas a seguir, que se refere à representação social da espiritualidade para os participantes da pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1 – Quadro de Quatro Casas com a organização dos conteúdos da representação social da espiritualidade para enfermeiros. Rio de Janeiro/ RJ, Brasil – 2019.

O.M.E. < 2,70				O.M.E. ≥ 2,70		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 33	Deus	91	1,681	Amor	45	3,089
	Ter-fé ¹	84	2,036			
	Paz	43	2,488			
	Acreditar	34	2,559			
< 33	Religião	25	2,080	Conforto	20	2,800
	Jesus	12	1,917	Força	17	3,176
	Oração	10	2,200	Esperança	15	2,733
				Caridade	14	2,786
				Igreja	13	3,077

Nota: ¹ O termo evocado foi Fé, mas para que fosse possível analisar com o auxílio do *software* EVOC (2005), utilizamos a padronização ter-fé. No texto será utilizada fé. (Nota: N= 198; F mín=10; F intermediária=33; Rang=2,70).

Fonte: A autora, 2019.

Ao analisar o quadro de quatro casas nos é apresentado o provável núcleo central da representação social da espiritualidade para os Enfermeiros que assistem pacientes com HIV, considerando o cruzamento dos dois critérios (frequência e O.M.E.).

De acordo com a Teoria do Núcleo Central, Abric (2000) afirma que os elementos do núcleo são aqueles considerados mais estáveis da representação e que na análise proposta por Vergés (1994) são os mais prontamente evocados e com maiores frequências de evocação, sendo que estas condições constituem e organizam o possível núcleo central. Considera-se também, que nem todos os elementos que atendem a este fundamento são necessariamente centrais, pois, alguns termos que estão em outro quadrante também podem ser considerados estáveis e centrais (ABRIC, 2003).

O núcleo central ou núcleo estruturante da representação possui três funções essenciais, sendo elas as funções geradora (significado da representação), organizadora (organização interna da representação) e estabilizadora (estabilidade da representação), consequentemente, porque gera o significado da representação e determina a organização coletiva de todos os elementos da representação (OLIVEIRA; GOMES, 2015). Assim como constituem a parte mais inflexível da representação, ou seja, mais estável e, desta forma, que mais vai resistir as mudanças (ABRIC, 2003; SÁ, 2015).

Constata-se que o núcleo (quadrante superior esquerdo) é composto pelos elementos: Deus, fé, paz e acreditar. Os termos Deus e fé foram os mais evocados, com frequências de 91 e 84, respectivamente, e o elemento Deus foi o mais prontamente evocado (1,681). Acreditar (34) e Paz (43) obtiveram uma baixa frequência de evocação ao ser comparada com Deus e fé, sendo as menores do quadrante; no entanto paz ainda teve a frequência maior e *rang* menor (2,488) que acreditar (2,559). As elevadas frequências dos elementos Deus e fé e as suas baixas ordens médias de evocação, permitem inferir que se tratam de elementos estáveis e constantes e, por estas razões, como asseveram Wachelke, Wolter (2011) e Abric (2000), são fortes candidatos ao núcleo central da representação.

Os participantes do estudo ao serem entrevistados evocaram o termo Deus dentro de um contexto semântico: *conectar se com Deus, comunhão com Deus, Deus está presente em qualquer religião, relacionamento com Deus, o que te leva à presença de Deus, ligação com o divino, divino, trindade divina, confiança em Deus*. Para os entrevistados, ao proferirem a espiritualidade, falam sobre Deus, sobre sua presença única e singular, acreditando que Ele existe, e que acreditar nEle dá forças para seguir, mas é preciso confiar. Também se observam elementos que fazem referência a Deus na religião. Deus é algo concreto e não mais abstrato que acompanha as pessoas em todos os momentos, e que os ampara e conforta para prosseguir, alimentando-os com sentimentos bons e de evolução humana. Este resultado é corroborado com o estudo de Koenig (2002), onde a simples circunstância de se sentir amado, agraciado por Deus configura um fator fundamental e promove uma melhora no quadro do paciente, com um completo bem-estar físico e psíquico. Em outro estudo foi observado que pacientes que se diziam “sem religião”, acreditavam em Deus, buscando-o como fonte de força, conforto e esperança no enfrentamento do HIV. Ao mesmo tempo em que a doença também poderá trazer o impacto negativo à vivência/experiência religiosa-espiritual (PINHO *et al.*, 2017).

O termo fé foi evocado em um contexto semântico como *fé, fé em alguma coisa, uso da fé no dia a dia*. Na doutrina cristã, a fé é amparada na crença em um Deus onipotente, onipresente que cura as feridas e tudo pode. Destaca-se uma ligação com o sobrenatural, em que existe uma conexão para solucionar problemas e principalmente, o enfrentamento das adversidades e enfermidades, permitindo ser auxílio na recuperação da saúde, física e mental, tornando propício o ambiente para a existência de esperança, otimismo, experiências positivas e proteção (OLIVEIRA; HERBES, 2016).

Etimologicamente, fé tem origem do latim, *fides*, e do grego, *pistis*, sendo compreendida como fidelidade. A fé tem sido utilizada para designar a confiança profícua em

algo (PANASIEWICZ, 2013). Ou seja, acreditar piamente sem titubear ou confrontar, porque o que foi prometido será cumprido. A fé disserta sobre a credibilidade sem questionamento no campo do imanente. A partir desse pressuposto, nota-se que a fé propicia duas apreensões: via existência e via religiosidade (PANASIEWICZ, 2013).

De acordo com Libanio (2004, p. 12), “a fé é uma experiência humana fundamental que se faz entre as pessoas e que se prolonga para as coisas, mistérios e religiões”. Já Em Kierkegaard, esse prolongamento consegue ser percebido em seus estágios da vida: do estético (dos instintos naturais), passamos para o ético (das responsabilidades pessoais) e atingimos o religioso (da singularidade e valorização da individualidade em Deus). A passagem do segundo para o terceiro supõe fé, ou seja, um “salto no escuro”, um ato de confiança (FRAGATA, s.d.).

Entretanto, o ato de crer que se institui na fé, não se processa apenas por uma decisão consciente e, na nossa perspectiva, o conceito de Fé com orientação teológica cristã, advém previamente da vontade de Deus, pela sua Graça. Dessa forma, é algo ao qual julgamos ocorrer independentemente da vontade ou do desejo daquele que crê. Segundo Santo Agostinho a Fé que se tem no Divino, origina-se na própria divindade (PEREIRA, 2003).

Todavia, a fé carece de reflexões racionais, e se refletirmos na Fé como um sentimento, esta expressa uma atitude de confiança em um Ser que, embora não visível aos olhos, na dimensão espaço-tempo em que nos encontramos, é perceptível em forma de sentimento interior, transcendente à razão, mas que por ser vivenciada por um ser racional (PEREIRA, 2003) reconhece a Sua manifestação e intervenção através das suas obras (ENCARNAÇÃO; OLIVEIRA; MARTINS, 2016).

Ao visualizar o contexto semântico dos cognemas fé e de Deus, vê-se que há uma forte ligação entre estes dois elementos centrais, o que nos permite evidenciar a conexão que estes termos apresentam no cotidiano dos entrevistados.

Em outra pesquisa sobre as representações sociais da espiritualidade e da religiosidade com docentes de cursos da Ciência da saúde, os autores Borges, Santos e Pinheiro (2015), encontraram as palavras fé, Deus, crença e paz compreendendo que a espiritualidade dos seus entrevistados estava amparada na fé e na crença religiosa, visto que estas palavras remetem à compreensão de religião como um conjunto de crenças e fé em Deus que produz paz. Todavia, sugerindo uma não diferenciação entre os conceitos de religião e espiritualidade.

Portanto, ter fé em Deus é acreditar na sua existência e na sua onisciência. De fato, a religião pode ser conceituada como um conjunto de crenças formais e estáveis e práticas

institucionais e culturalmente relevantes, alinhando-se ao conceito adotado neste estudo (KOENIG, 2012).

A palavra paz foi entendida como sensação de quietude e tranquilidade, possivelmente como estado de espírito ascendido pela fé e crença em Deus. Essas concepções aproximam-se do argumento religioso, em que a fé é uma virtude dos fiéis que admitem como verdade absoluta os princípios propagados por sua religião.

Os resultados do estudo de Nascimento *et al.* (2013), aponta a fé conferindo paz e força para suportar as dificuldades e enfrentar desafios da vida, o que define o sentido e o propósito da vida. De fato, é uma visão que se alinha ao imaginário consensual acerca da religião, posto que tais crenças constroem uma maneira de aproximação com a consciência espiritual e estão entremeadas na coletividade.

Dessa maneira, obtemos uma representação que está organizada em duas dimensões Moscovicianas, são elas: dimensão atitudinal (no sentido de sensações/sentimentos), com a fé, acreditar e paz, ou seja, a busca da espiritualidade através da condição humana para seguir em direção ao sagrado e a inserção dessa questão em seu dia-a-dia; e a dimensão imagética com o divino Deus, haja vista que, a figura de Deus se apresenta como algo concreto, refúgio e acalento, reforço para os momentos difíceis e suporte nas lutas. Estas dimensões se desdobram em diferentes aspectos e elementos nos quadrantes do quadro de quatro casas, e organizam a imagem do objeto dessa representação, e através desta, o constrói (FLAMENT, 1986).

Observa-se que ao analisar o núcleo central dos participantes os termos evocados conferem um sentido específico à representação social da espiritualidade para os enfermeiros, evidenciando as dimensões conceituais, imagéticas e atitudinais, denotando as questões da espiritualidade no desenvolvimento da assistência, do cuidado, como também incluindo sua vivência pessoal. O termo fé deixa claro uma característica que traduz uma ação humana como prática, proporcionando, através desta práxis, um vínculo bem mais próximo ligado com o divino. Sobre o divino, Koenig (2012) define como uma ligação íntima com aquilo que é sobrenatural e/ou místico, bem como a própria religião.

Já o termo Deus, estabelece uma representação imagética do ser sagrado, supremo e soberano, que se apresenta em diferentes práticas, circunstâncias e conjunturas contextuais. É importante ressaltar a proximidade entre os termos fé e Deus, em hipótese de exprimir a semântica de praticar, viver e obter maior espiritualidade para estar mais próximo do ser sagrado/divino.

Ao analisar o quadrante inferior esquerdo ou zona de contraste, temos os elementos: Jesus, oração e religião. Os termos que foram encontrados na zona de contraste apresentaram baixas frequências e foram prontamente evocados. Eles podem demonstrar variações da centralidade da representação para grupos específicos (OLIVEIRA, 2013) e permitem também a correlação com os significados da primeira periferia da representação, através da presença de elementos que contrastem com o provável núcleo central (OLIVEIRA *et al.*, 2005). No entanto, a representação em questão, não se pondera um cognema que tenha este comportamento, porquanto, pode-se reiterar que os elementos da zona de contraste desta representação reforçam os elementos do possível núcleo central.

Acerca das evocações para religião, elemento também presente zona de contraste, permitiu o reforço para o núcleo central, visto que protege núcleo e fortalece a ideia de que há uma conexão direta entre a religião, como forma para ter fé e estar próximo de Deus.

Nessa perspectiva, as crenças sobre religião e espiritualidade podem influenciar a forma como pacientes e profissionais de saúde percebem a saúde e a doença, assim como interagem com os outros. Koenig (2012) afirma que existem motivações clínicas para versar a religiosidade e a espiritualidade na prática de saúde, dentre as quais se destacam: inúmeros pacientes são religiosos e desejariam abordar estes temas nos cuidados em saúde; as crenças religiosas afetam decisões médicas e podem criar obstáculos na adesão aos tratamentos; as religiões influenciam os cuidados em saúde na comunidade; muitos pacientes têm necessidades espirituais relacionadas à doença que podem afetar sua saúde mental e tais demandas precisam ser atendidas. “O não atendimento dessas demandas podem ter consequências significativas em termos de qualidade de vida, satisfação com os cuidados, e demanda, algumas vezes, de serviços fúteis de cuidado em saúde” (BORGES; PINHEIRO; SANTOS, 2015, p. 610).

Ainda sobre a análise da zona de contraste, visualiza-se a representação do grupo estudado, expressando um caráter de enfretamento para se conquistar o que se almeja no mesmo instante em que mais pratica a sua fé através da religião mais se aproxima de Jesus que é figura transcendental do divino. A figura de um ser atribuído à imagem de Jesus, pode ser justificada devido à ligação com as religiões dos participantes do estudo, já que se evidenciam teologicamente a figura de Deus e a de Jesus e a maioria dos participantes afirmam ser católicos e acreditarem em Deus.

Os outros elementos presentes no quadro, que estão na adjacência do núcleo central, organizam o sistema periférico da representação. Este sistema expressa as características, experiências e histórias individuais, compreende a diversidade do grupo e suas contradições,

pode ser considerado evolutivo e sensível ao contexto imediato dos indivíduos, caracterizado pelos elementos mais flexíveis e protetores do núcleo central (SÁ, 2015). Considera-se o sistema periférico menos limitante, mais leve, flexível, sendo a parte mais acessível e mais viva da representação (ABRIC, 2003).

No segundo e quarto quadrantes temos o sistema periférico de uma representação social, composto pela primeira e segunda periferias. Segundo Abric (2003), a periferia propicia a conexão entre a realidade concreta, questões mais acessíveis ao grupo. O que permite a heterogeneidade e as contradições do coletivo, através desta interface com a realidade concreta, promovendo então a proteção do núcleo central e personalização dele (ABRIC, 2003). Sabendo que a primeira periferia é formada pelos elementos periféricos mais importantes em função das suas elevadas frequências, podem se revelar centrais (OLIVEIRA *et al.*, 2005), como pode ser o caso do elemento amor, ali localizado com elevada frequência.

Importante salientar que o sistema periférico não se trata de elementos menos relevantes da representação, justifica-se por ser fundamental ao núcleo, permitindo a ancoragem da realidade devido à sua associação, o que possibilita a uma representação, a flexibilidade, uma viabilidade de informações, práticas e experiências cotidianas. Seu papel fundamental pode ser resumido em cinco funções fundamentais, são elas: concretização, regulação, prescrição de comportamentos, proteção do núcleo e personalização (ABRIC, 2000).

Na primeira periferia, observa-se um elemento valorativo/afetivo amor, o que destaca e mais ainda evidencia o núcleo central da espiritualidade para os enfermeiros, por ser um cognema que reflete a dimensão afetiva desenvolvida por aqueles que dispõem de vínculo com o transcendental, dando significado às habilidades desenvolvidas numa assistência humanizada.

Torna-se evidente, portanto, que a estrutura da representação se constitui e organiza ao redor dos quatro elementos que compõem o provável núcleo central. Embora o termo amor também configure relevância na organização do sentido presente na representação, quer seja em maior ou em menor grau, faz supor que o enfermeiro atua com amor e domina suas práticas com esse cuidado.

O contexto semântico do termo amor foi *amor*, *amor ao próximo*. No contexto da espiritualidade, o amor compreende elementos religiosos, como amar ao próximo, mas também amor a si próprio, o que demonstra que ao desenvolver o amor a si ao outro temos o desenvolvimento da espiritualidade. Isto poderá contribuir para a qualidade de vida tanto do

profissional quanto do paciente para uma adesão ao tratamento e autocuidado, afastando a carga negativa provocada pela representação do HIV/Aids (NOGUEIRA, 2019).

Assim, as peculiaridades do espírito humano fomentam e enobrecem o viver de homens e mulheres. E, por intermédio dessa contextualização inicia a responsabilidade universal como oportunidade do ser humano cuidar do outro, do meio que o cerca para além dos interesses individuais (CANTARELA; PANASIEWICZ, 2017).

Sabe-se que os elementos da segunda periferia da representação, são os menos frequentes e menos prontamente evocados. Estão correlacionados à vida cotidiana e podem sofrer mudanças. Este quadrante está ligado ao contexto imediato dos participantes, a realidade rotineira e às práticas sociais, sendo, portanto, instáveis, permitindo a variabilidade interindividual da representação (OLIVEIRA, 2013). São eles da segunda periferia: caridade, conforto, esperança, força e igreja.

Conforme consta no estudo de Nascimento *et al.* (2013), suscitam inúmeras justificativas para inserir os conceitos de espiritualidade e religiosidade no cuidado de enfermagem. No referido estudo, os enfermeiros evidenciaram exemplos benéficos, os quais salientaram não só utilização na prática profissional, mas também na sua vida pessoal. Os benefícios encontrados foram relatados pelos pacientes e suas famílias, enfatizando maior aceitação da “enfermidade, tranquilidade, paz, otimismo, segurança, superação e esperança de cura: a espiritualidade traz tranquilidade, a busca dessa paz, a diminuição do medo em um momento delicado” (NASCIMENTO *et al.*, 2013, p. 57). Este estudo corrobora os resultados obtidos no quadro de quatro casas, mais precisamente no sistema periférico onde encontramos os seguintes cognemas: caridade, conforto, esperança, força, igreja.

Certamente, mais do que entender a espiritualidade está compreender a abertura ao mistério transcendente, o seu existir, e de toda a criação, revelada no mistério da transcendência divina (CANTARELA; PANASIEWICZ, 2017).

A espiritualidade que transcende o existir humano, tem a seguinte conotação no dizer de sua santidade Dalai Lama (2000, p. 33):

Considero que a espiritualidade esteja relacionada com aquelas qualidades do espírito humano – tais como amor e compaixão, paciência, tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia – que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros.

Indubitavelmente, há dessemelhanças entre religiosidade e espiritualidade. Oliveira, Santos e Yarid (2018), asseveram que a espiritualidade é um artifício peculiar e individual, subjetivo de ligação própria, com o outro, com o transcendente/ Deus ou com outra divindade. Em contrapartida, a religiosidade, compreende-se como uma prática normativa de um sistema

organizado de crenças (religião), que abarca a existências de doutrinas a serem seguidas e impostas por hierarquias, líderes religiosos, sacerdotes. De fato, a intensidade com a qual o indivíduo acredita, segue e coloca em prática a sua religião, o que permitirá uma melhora na compreensão da sua religiosidade.

Conforme mencionam Silva e Silva (2014), princípios como amor, esperança, alegria, perdão e compaixão são o combustível da espiritualidade, fornecendo sentido para a vida das pessoas. Por certo, habita em nós, na nossa vida, no nosso mundo e em nosso senso de humanidade, de amizade e de família. Podemos encontrar a espiritualidade em qualquer ação social humana. Não obstante, McSherry, Cash e Ross (2004), assevera que a espiritualidade concerne a uma orientação filosófica, capaz de gerar comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo sentido para a vida das pessoas.

As definições de espiritualidade apresentadas corroboram, em parte, os achados da análise do quadro de quatro casas, uma vez que, para os participantes do estudo, os elementos fé e amor têm muita importância, ao passo que também emergiu o elemento esperança na segunda periferia, desta forma, esperança é um elemento relacionado ao cotidiano dos entrevistados.

Ademais, temos a espiritualidade conceituada por Boff (2001), ao considerar que é uma dimensão do ser humano que se desvela pela capacidade de diálogo consigo, com o seu interior, próprio coração, mediado pelo amor, pela sensibilidade, compaixão, pela escuta ativa ao outro, pela responsabilidade e pelo cuidado que é essencial. “Essa espiritualidade esquecida e tão necessária é importante para uma vida integrada e plenamente feliz, porque nenhum obstáculo, nenhuma doença, nem a própria morte destrói definitivamente o sentido profundo e amoroso que tudo preserva e plenifica o coração” (BOFF, 2012, p. 67).

Em suma, a espiritualidade viabiliza a conduta principal das pessoas, possibilitando o crescimento e desenvolvimento saudável, isto é, em equilíbrio consigo e com o meio. Ampara, fortalece e enobrece as ações voltadas para o cuidado com amor.

4.2.1.2 Análise de similitude por coocorrência do termo indutor espiritualidade

Por meio da análise dos termos presentes no quadro de quatro casas, buscamos identificar através dele uma primeira indicação dos possíveis elementos centrais da representação. Todavia, pretendemos ter uma segunda indicação dos elementos centrais da

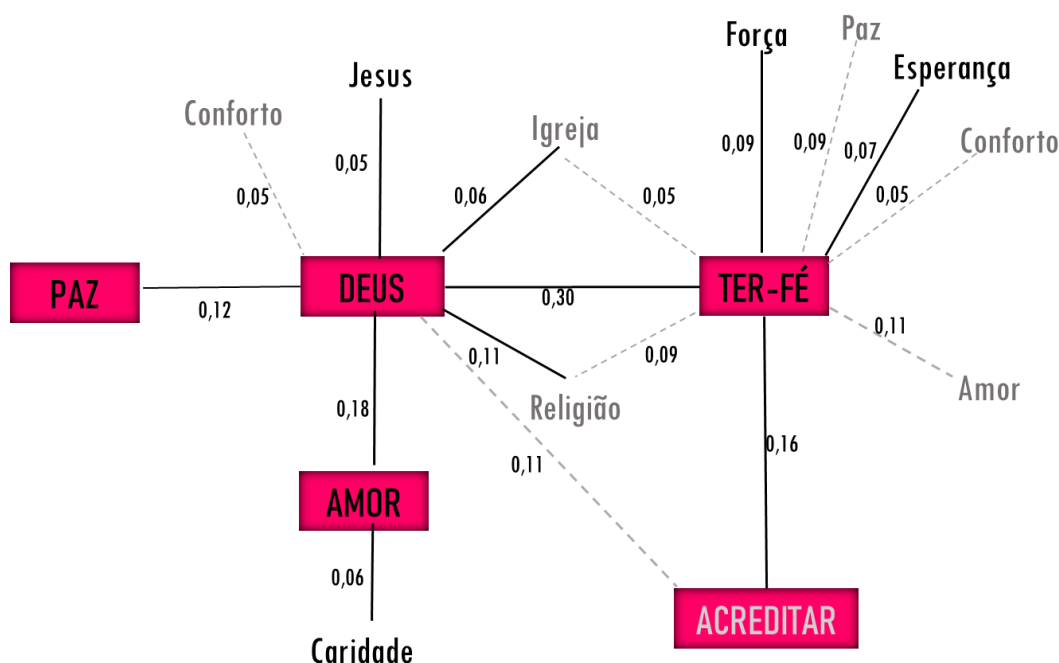
representação social por meio de uma análise mais detalhada das conexões realizadas entre os cognemas. Assim sendo, optou-se por proceder a análise de similitude que concebeu a árvore máxima de similitude por coocorrência representada na Figura 2. Nela se apresentam a conexidade dos diferentes elementos da representação (SÁ, 2015).

Pécora e Sá (2008) asseveram que na árvore máxima se apresentam as ligações mais notáveis entre os elementos. Ao efetuar a análise de similitude das palavras encontradas no quadro de quatro casas, objetiva-se construir a árvore máxima, reproduzindo a conexidade entre os termos evocados.

Através dessa análise, buscou-se obter a quantidade de conexões que um elemento faz com os demais por meio de um cálculo dos índices de similitude entre os termos evocados presentes no quadro de quatro casas. Desta forma, obteve-se a árvore máxima, a partir do gráfico onde as conexões apresentam-se em evidência, como pode ser visto na Figura 2, a seguir.

Figura 2 – Árvore Máxima de similitude por coocorrência do termo indutor espiritualidade.

Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019 (n= 132)



Nota: Usou-se as linhas tracejadas como forma de demonstrar a relevância que esses termos apresentam com suas conexões, que, por consequência do baixo índice de similitude, não apareceriam no grafo. Isto propiciou o encontro de dimensões afetivas, conceituais e atitudinais. O ponto de corte utilizado foi 0,5.
Fonte: A autora, 2019.

Convém esclarecer que o número de participantes é menor ($n=132$) do que o dos que fizeram evocações ($n=198$). Isto se explica, porque cada entrevistado só pode participar da análise de similitude caso tenha evocado, no mínimo, dois elementos daqueles constantes do quadro de quatro casas, pois os índices de similitude se referem à coocorrência entre dois termos.

Considerando a nota explicativa, observa-se que a ramificação tracejada e em cinza refere-se a mais de uma possibilidade de conexão. Assim, o termo “conforto” tanto se conecta a “ter-fé” quanto a “Deus”, visto que o índice de similitude é o mesmo.

Outro aspecto importante diz respeito ao ponto de corte utilizado de acordo com o índice de similitude que foi de 0,05, para a construção da matriz de similitude e, por sua vez, a árvore máxima.

Analizando os dados desta análise, visualiza-se na Figura 2 que os elementos ter-fé e Deus são fortes concorrentes ao núcleo, pois, parecem organizar o conjunto das demais palavras que integram a análise estrutural da representação social da espiritualidade.

Observa-se na referida Figura 2 que estão dispostos 3 blocos temáticos associados que dão sentido a representação social da espiritualidade para este grupo. Estes cognemas estão representados por: Deus, ter-fé e amor. Cabe ressaltar que amor está na primeira periferia no quadro de quatro casas, no entanto, na análise de similitude apresentou conexões lexicais fortes com os termos Deus (0,18), ter-fé (0,11), caridade (0,16), sugerindo que seja possível sua centralidade.

Todavia, os elementos paz e acreditar que estão no quadrante superior esquerdo, núcleo central do quadro de quatro casas, apresentam apenas duas ligações ($\text{paz/Deus} = 0,12$; $\text{paz/ter-fé} = 0,09$; $\text{acreditar/Deus} = 0,11$; $\text{acreditar/ter-fé} = 0,16$), com baixo índice de similitude, afastando a hipótese de centralidade.

Ao analisar a árvore máxima obtemos mais uma indicação da centralidade dos elementos ter-fé e Deus, onde o termo Deus foi o que mais apresentou conexões na árvore máxima com os elementos presentes na representação do grupo com 6 (seis) conexões lexicais. Constata-se os índices de similitude, por ordem decrescente, com os termos ter-fé (0,30), amor (0,18), paz (0,12), religião (0,11), igreja (0,06) e Jesus (0,05). Vemos assim, que a evocação Deus, hipoteticamente central desde o quadro de quatro casas, é a que mais estabelece conexões com as demais evocações. Por conseguinte, o termo Deus organiza a representação e obtém ligações com termos presentes no núcleo central como por exemplo ter-fé (0,30), porém, o termo amor (0,18) que está na primeira periferia assume alta conexão

com Deus, o que nos sugere uma mudança em sua atribuição para centralidade, de maneira expressiva.

A representação estrutural do termo Deus encontra-se na dimensão imagética e transcendental, onde Deus representa esse ser superior, divino e Sagrado que conduz, inspira e oferece sua força para o enfrentamento das adversidades.

No entanto, o termo evocado ter-fé, possui menos conexões que o termo Deus, porém apresenta quatro (4) ligações fortes com os elementos: Deus (0,30), acreditar (0,16), força (0,09), esperança (0,07). Podemos inferir que, o termo ter-fé apresenta mais um indicativo para centralidade, bem como supostamente apresentado pelo quadro de quatro casas.

Cabe ressaltar que a fé encontrada na evocação dos participantes induz a representação da dimensão atitudinal. Uma fé que é definida por acreditar em algo que não é visível aos olhos, mas que se traduz na melhora do quadro do paciente quando este crê em uma força superior, num divino que pode curar ou mesmo aliviar seu sofrimento, ofertando-lhe o sentido da vida. Praticar essa fé seria promover um ambiente de paz, tranquilidade, segurança, onde o encontro com o outro seja motivado pelo amor para o cuidado. Nos resultados do estudo dos autores Encarnação, Oliveira e Martins (2016), apontou-se que as evidências direcionam a fé como uma dimensão da espiritualidade, com repercussões positivas na saúde daqueles que a tem.

Sobre a fé ser considerada um mesmo fenômeno que se origina em cristãos e outras culturas religiosas, Fowler (1992) ainda afirma que, apesar disso, ela é infinitamente heterogênea por ser pessoal, pois “ao nascer, somos dotados com capacidades inatas para a Fé” (p.10). Ademais, essa aptidão será ativada dependendo das questões circunstanciais vividas. Segundo Scussel (2007), a fé é fonte inesgotável, profunda, e para muitas pessoas se denota como subsídio para o fortalecimento pessoal em momentos de escassez de saúde e dificuldades emocionais.

A conexão forte que os termos evocados Deus e fé apresentam, corroboram com a ideia de que para estar próximo de Deus é preciso confiar plenamente, crendo que o melhor sempre acontecerá desde que seja posto em prática os princípios do amor e as virtudes necessárias para a espiritualidade. Essa conexão estabelece o vínculo que os entrevistados apresentam ao unir a dimensão transcendental à prática, atitude, isto é a relação do transcendente com ações do cuidado humanizado.

Mediante ao exposto, ao evidenciar a representação da espiritualidade com os termos Deus e fé, nota-se que ao apoiar-se na literatura a espiritualidade é concernente com à verdade sobre si mesmo, sobre o mundo, a concepções como amor, compaixão, sabedoria,

honestidade, compromisso, imaginação, reverência e moralidade que o ser que a vivencia desenvolve. E, notoriamente, abarca questões sobre significado, esperança, relacionamento com Deus, aceitação ou perdão, e transcendência (BRUNNER; SUDDARTH, 2015).

O cognema Deus se configura como um elemento de ligação entre outros termos ligados ao afeto, como amor (0,18) e paz (0,12). Não menos evidente, apresenta ligação com os termos religião (0,11), igreja (0,06) e Jesus (0,05). Sugere laços da tríade afetiva entre os termos, Deus, paz e amor, conduzindo esta relação de forma mais evidente para a representação da espiritualidade, assim como a importância do cuidado espiritual como cerne para o enfrentamento do adoecimento, para obter bonança, conforto e melhora na qualidade de vida.

Vemos também uma importante conexão ligada aos elementos Deus, religião, igreja e Jesus. A maioria dos participantes se considera católico isto nos remete a visão judaico-cristã de ligar à religião a espiritualidade trazendo as características normativas da igreja, as dimensões conceituais dogmáticas da religião (igreja) para se aproximar do transcendente, soberano e Sagrado. Assim sendo, temos as dimensões imagéticas, conceituais e afetivas exposta nessas conexões.

Vale ressaltar que os elementos religião e Jesus encontram-se na zona de contraste do quadro de quatro casas, não contrastando, mas efetivando de fato a ideia do núcleo central. Por outro lado, igreja encontra-se na segunda periferia do quadro, dando a ideia de que a imagem do templo nos remete a busca do Deus que é detentor de todo poder e Graça para alcançarmos nossas motivações, sendo necessária a prática e realização dos rituais para nos aproximarmos e obtermos merecimento para os ganhos.

Torna-se importante salientar, que espiritualidade e religiosidade não são sinônimas e, que por vezes são vistas em contextos discursivos que não elucidam de fato a real dimensão delas.

Seixas (2018), afirma que a espiritualidade é a fé que conduz e motiva o paciente na vida e na perspectiva da morte; é ela que promove o alento necessário nas angústias, consola na doença, sustenta na dor e promove o alívio na alma. Por outro lado, Culliford (2015, p. 42) assevera que “a espiritualidade pode ser descrita como o ingrediente ativo da religião. Embora ligadas, religião e espiritualidade podem ser distinguidas e consideradas separadamente”. Dessa forma, permite compreender que a espiritualidade é como as raízes e os nutrientes para manter uma grande árvore, cujos galhos simbolizam as diversas religiões do mundo. Portanto, o ser humano é de natureza espiritual, e a espiritualidade integra e atua na inclusão. A partir

daí encontramos o holismo, cada pessoa faz parte de um todo e está imbuído do sagrado, dentro do contexto espiritual (SEIXAS, 2018).

Sobre religião, considera-se importante trazer alguns conceitos. Koenig (2012, p.11) afirma que é um conjunto de crenças e práticas observado por um grupo de pessoas que se auxiliam em rituais ou em um conjunto de escrituras e preceitos “que reconhecem, idolatram, comunicam-se com ou se aproximam do Sagrado, do Divino, de Deus”. Já, Derrida (2000), disserta sobre a religiosidade como um atributo do que faz parte da religião, compreendida a partir da sua etimologia latina, *religare*, que tem sentido de “religação” entre o homem e o divino, Deus. Sendo assim, mais uma vez temos a dimensão transcendental imagética ligada à prática sendo representada pelos entrevistados ao evocarem Deus e religião.

Salienta-se que o elemento amor que está na primeira periferia do quadro de quatro casas também apresenta relevância para este grupo, pois, nesta análise da conexidade, possui forte ligação com o elemento Deus (0,18) e faz mais duas conexões com outros cognemas, sendo eles, elemento da segunda periferia, caridade (0,06) e pertencente ao núcleo central, ter-fé (0,11). Cabe ressaltar que ter-fé é um elemento afetivo, caridade é um elemento atitudinal e Deus é transcendental e imagético.

Visto que, em torno da possibilidade de a conexidade ser considerada como um critério de centralidade, esse léxico (amor) pode ser compreendido, através de suposição, como pertencente ao núcleo central da representação da espiritualidade para os enfermeiros que assistem pessoas que vivem com HIV. Esta afirmação está condicionada ao embasamento teórico de estudiosos, como por exemplo, Sá (2002) e Sá *et al.* (2009), que asseveram que alguns elementos da primeira periferia possuem a capacidade de organizar a representação e assim se candidatam à centralidade.

Faz inferência de que há uma associação direta entre os termos ter-fé, Deus e amor, trazendo a possível centralidade da espiritualidade, onde elementos que se ligam, carregam consigo, não apenas conceitos, mas valores afetivos e práticos dando significado às estruturas representacionais da espiritualidade para os participantes do estudo.

O termo acreditar, foi outro elemento que emergiu no provável núcleo central, faz ligação com fé e Deus, apesar disso faz conexão com mais força com o elemento fé (0,16) do que com Deus (0,11). Conquanto não apresente grande força de conexidade que aponte sua centralidade.

No que se refere às ligações pontilhadas entre conforto e Deus, igreja e fé, religião e fé, paz e fé, conforto e fé, não podem ter a ligação definida, em razão de algumas obterem a mesma força de conexidade entre um elemento e outro, como também a teoria dos grafos não

permitir serem realizadas em sua completude. O elemento religião se conecta em Deus com maior força de conexão e, podem demonstrar que os entrevistados promovem ancoragem da religião na palavra *religare*, que define a religião como aquela que liga o homem ao Divino, Deus (GERONE, 2016).

Por certo que fé e religião também possuem uma relação de proximidade, visto que, a fé é preponderante para que se pratique religião, isto é uma peça fundamental para práxis religiosa.

Para Koenig (2015, p. 82), “a religião ajuda as pessoas com o enfrentamento e geralmente produz emoções positivas, em vez de negativas, o que pode afetar as funções imunológica e endócrina positivamente”.

Destaca-se, relevante a ligação do elemento Deus com o elemento Jesus apresentando que a fé cristã é intensa dentro deste grupo, sendo representada por 56,7% de católicos e evangélicos, e ainda há espíritas que possuem uma base cristã em sua formação. Enfatiza-se a ligação entre Deus e amor, permitindo inferir que, para este grupo, o amor de Deus pode ser fonte de busca e encontro da espiritualidade, ou ainda, uma forma de auxílio, suporte e força para o enfrentamento dos agravos, como também orientação para o cuidado humanizado integral para os enfermeiros que atuam com pacientes HIV.

Em estudo anterior sobre as representações sociais da espiritualidade e religiosidade para pessoas que vivem com HIV, o resultado dessas ligações resultou em uma outra vertente, ou pode-se dizer organização representacional. Nela foram encontradas ligações como a Santíssima trindade, Deus (Pai), Jesus (filho) e Espírito-Santo, denotando também a força cristã dentro da concepção dos participantes, além da ligação entre Deus, amor e família, que sugeriu uma forma de auxílio de busca por suas famílias encontrando abrigo, suporte e força ao enfrentamento do viver com HIV/Aids (NOGUEIRA, 2019).

Conforme mencionado anteriormente, a representação da espiritualidade para os participantes da pesquisa apresenta elementos transcendentais, imagéticos, atitudinais, afetivos e práticos. Conquanto, a religião apareceu numa ligação mediana com Deus, o que nos remete a caracterizar que a espiritualidade se diferencia de religião, ao menos teoricamente, pois as religiões possuem um código de ética que impõem valores morais, éticos, regras e dogmas, tal qual contemplam a vinculação entre o ser e o sobrenatural. No caso, a espiritualidade não representa a crença num Deus cristão, islâmico, judaico, hindu ou de matriz africana, não é restrita, pois a crença em Deus não traduz a espiritualidade (GAARDER; HELLERN; NOTKER, 2005). Por sua vez, a espiritualidade está efetivamente ligada ao sentido da vida, a essência do ser humano, faz parte da sua construção,

independentemente de qualquer experiência religiosa, ou seja, não está vinculada a uma profissão de fé específica ou a uma doutrina (BATISTA, 2010).

Não obstante, o binômio espiritualidade e religiosidade instituem as duas das mais comuns e antigas formas a qual a humanidade encontrou de dar aceção para a vida, assim como propiciar meios para enfrentar as condições contrárias (DOMINGUES *et al.*, 2018).

Enfatiza-se que os elementos força (0,09), caridade (0,06), conforto (0,05) presentes na segunda periferia, fazem parte da dimensão prática da representação, isto é, por se encontrarem na segunda periferia, estes cognemas demonstram que as práticas são flexíveis, no entanto, Deus e fé são estáveis e inflexíveis, sendo primordiais e essenciais para a representação social da espiritualidade para os enfermeiros. Visualiza-se, portanto, que o cognema oração não apareceu na árvore máxima de similitude o que nos remete inferir que para os entrevistados o contato mais intrínseco com o divino é através da fé, uma experiência singular com o Sagrado mediante as práticas que levam a motivação da vida, do sentido de viver e, assim, promoção da espiritualidade.

Para tanto, sabendo que os cognemas candidatos ao núcleo central fazem parte da fé religiosa cristã, notou-se uma ingerência da religiosidade no pensamento social dos entrevistados. Desta forma, visualiza-se a fé demonstrada através da espiritualidade que perpassa uma dimensão singular para o contato com o transcendente através do amor e da paz, sendo paz primeiro quadrante núcleo central e amor primeira periferia.

Certamente, a enfermagem não pode mais ser vista como uma profissão apenas técnica, com ações robotizadas. O papel do enfermeiro abrange uma dimensão muito maior na atividade humana que respeita a individualidade do ser e, por essa razão, é indispensável a inserção do cuidado espiritual na sua prática.

Abdala *et al.* (2017), afirmam que para o enfermeiro vivenciar a espiritualidade na sua plenitude inclui a expressão do sagrado nas suas ações diárias, praticando a fé, a esperança, a coragem, o altruísmo, a solidariedade, a empatia, o amor ao próximo e assentindo com a finitude da vida como uma vivência única que promove a sensibilidade para com o outro, perpetuando um significado para sua própria existência.

Dessa maneira, permite-se compreender que o cuidado para ser integral exige conhecimento técnico-científico, assim como a sensibilidade em notar todas as necessidades do paciente, principalmente, a espiritual.

Devido ao grau de importância que a religiosidade e a espiritualidade possuem em relação as dimensões do ser, é primordial que sejam contempladas em todas as ações da

enfermagem, tanto na assistência, quanto na pesquisa, e que se criem meios que possibilitem a construção do saber acerca desses temas (BORGES *et al.*, 2015).

Evidencia-se, que toda análise de similitude que se expressa na árvore máxima do estudo apresenta conexões positivas. De tal modo, que nos possibilita ver a espiritualidade como um vínculo direto as questões interpessoais, além do mais já descrito nas primícias do ser, dando origem ao mover da vida.

Sendo assim, espiritualidade pode ser considerada como uma inclinação humana na procura incessante para dar sentido à vida, por intermédio de conceitos que vão além do que se pode palpar, mas no sentido de estar em conexão com algo que é maior, mais amplo e superior (DOMINGUES *et al.*, 2018; OLIVEIRA; FRAZILI, 2017).

Ainda sobre a análise de similitude e suas conexões, denota-se a relevância encontrada na ligação de força tênue entre Deus e amor, tendo em vista a importante compreensão sobre a espiritualidade como forma de cuidado completo, integral e humanizado ao paciente. Mediante ao exposto, reforça-se a ideia de que o enfermeiro atua para assistir o paciente em todas as suas necessidades desde as mais complexas as básicas.

No que concerne as necessidades humanas básicas, temos como fundamento a Teoria de Wanda Aguiar Horta conhecida como Teoria das Necessidades Humanas Básicas que defende a espiritualidade como uma necessidade básica do ser humano (SILVA *et al.*, 2015), que deve ser atendida e priorizada assim como qualquer outro cuidado realizado pela enfermagem. Por outro lado, na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, predomina a premissa de que a força interna do ser, sua força espiritual, é capaz de transformar, de curar e, entretanto, para que seja viável os cuidadores precisam sentir em si mesmo essa força (GUSSY; DYTZ, 2008), está alinhada com a proposta do cuidado transcendental diretamente ligado como o estudo da espiritualidade, sendo capaz de contemplar o indivíduo na sua integralidade de corpo e alma.

4.3 Segunda parte do estudo: *choix-par-bloc* ou escolha sucessiva por blocos

Neste método de escolhas sucessivas por blocos (CPB), foram realizados testes dos cognemas que mais se destacaram na análise do quadro de quatro casas com o objetivo de se compreender as ligações realizadas entre eles.

Desta forma, pedimos aos participantes que escolhessem as palavras que eram mais e menos características em relação ao termo indutor espiritualidade e as palavras restantes eram desconsideradas do resultado. Optou-se por realizar o CPB com um único questionário, para espiritualidade, e concomitantemente a coleta do teste de centralidade *mise-en-cause*. A caracterização dos participantes é apresentada na Tabela 11, destacando-se que foram 30 sujeitos para o CPB e 30 para *mise-en-cause* da espiritualidade.

Tabela 11 – Distribuição dos participantes da técnica de escolhas sucessivas por blocos (CPB) conforme dados de caracterização. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

ESPIRITUALIDADE		
SEXO	N	%
Masculino	10	33
Feminino	20	67
Não respondeu	-	-
Total	30	100
IDADE	N	%
20-30 anos	10	33
31-40 anos	12	40
41-50 anos	8	27
Acima de 50 anos	-	-
Não respondeu	-	-
Total	30	100,0
RELIGIÃO	N	%
Matriz católica	18	60
Matriz protestante/ evangélico/ (neo)pentecostal	5	16
Matriz espírita/espiritualista	2	7
Não tem religião	2	7
Outras religiões (mais de uma)	3	10
Total	30	100,0

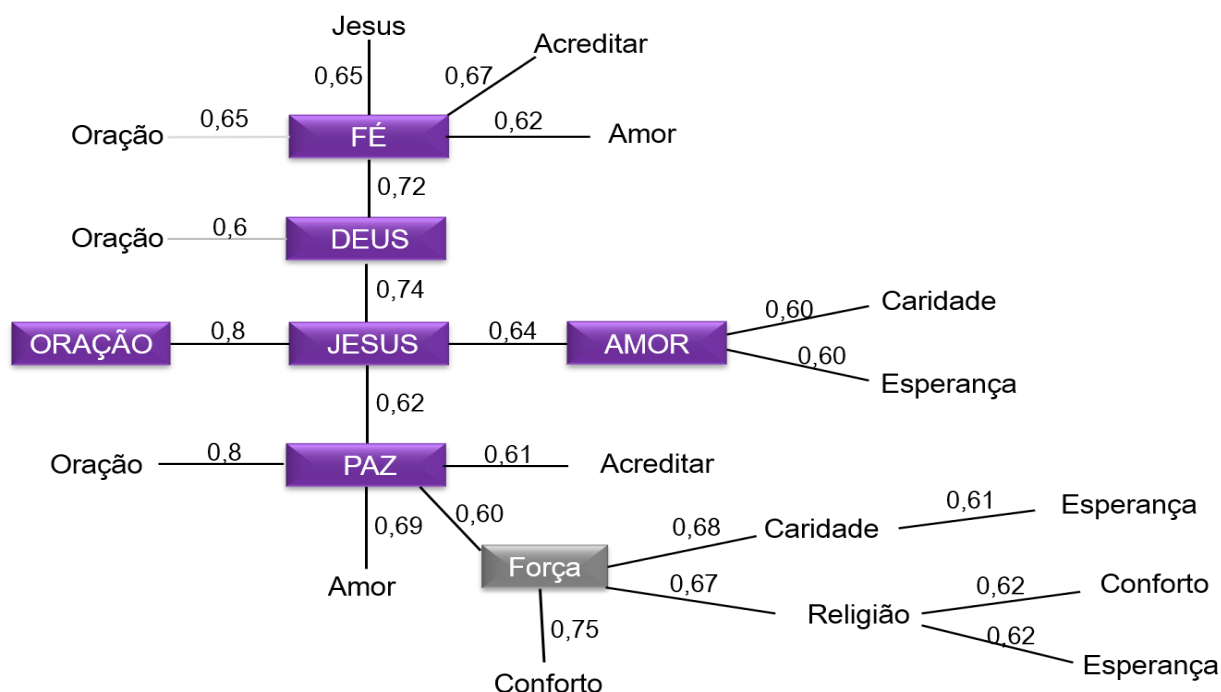
Fonte: A autora, 2019.

Os 30 participantes que responderam ao questionário de CPB do termo indutor espiritualidade, 33% são do sexo masculino, e do sexo feminino o quantitativo correspondeu a 67%, sendo assim a maioria composta por mulheres. A faixa etária predominante foi entre 31 a 40 anos, correspondendo a 40% e as religiões com maior número de respondentes foi a católica, como na caracterização geral, com 60%, seguido da matriz evangélica, correspondendo a 16% dos entrevistados.

4.3.1 Análise do método CPB para espiritualidade

Neste método, o resultado do teste de escolha sucessiva por bloco da espiritualidade, será apresentado através da Figura 3 a seguir, em que foi construída uma árvore de similitude a partir dos resultados.

Figura 3 – Árvore máxima de similitude a partir do teste de escolha sucessiva por bloco (CPB) para os elementos da espiritualidade. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019 (n= 30)



Nota: Usou-se as linhas com nas conexões entre orações e os termos Fé, Deus, Jesus como forma de demonstrar a relevância que esses termos apresentam com suas conexões, que, por consequência das ligações fortes anteriores não apareceriam no grafo. Isto propiciou o encontro de dimensões práticas, afetivas e conceituais. O ponto de corte utilizado foi 0,6.

Fonte: A autora, 2019.

Na árvore máxima do CPB para a espiritualidade, as ligações estabelecidas entre os elementos, apresentam uma conformação diferente da similitude por coocorrência. Paz aparece com um número maior de ligações entre os cognemas apresentando quatro ligações, sendo a conexão mais forte com Amor (0,69). Fé também apresentou um número total de 4 ligações, sendo a conexão mais forte com a palavra acreditar (0,67). O cognema Jesus apresentou um total de quatro conexões fortes, sendo elas com os seguintes léxicos: oração

(0,8), Deus (0,74), amor (0,64), paz (0,62). Já o cognema Deus apresentou 3 conexões lexicais fortes, estas foram com Fé (0,72), oração (0,61), Jesus (0,74) que é sua conexão mais forte.

O elemento Amor que, se liga à fé (0,62) e paz (0,69) que são elementos do NC do quadro de quatro casas, também se liga a caridade (0,60) e a esperança (0,60), que são elementos da segunda periferia. Na similitude anterior estas apareceram também ligadas ao cognema amor, uma confirmação sobre sua importância na representação social da espiritualidade para esse grupo. Por outro lado, Religião que na análise anterior se ligou aos cognemas Deus e Fé, nesta árvore máxima ligou-se fortemente ao léxico força (0,67). Com isso, Religião faz 2 ligações, uma com conforto (0,62) e outra com esperança (0,62). O Cognema Força na árvore máxima do quadro de quatro casas apresentou apenas uma ligação com a palavra fé, em contrapartida, desta vez ligou-se a palavra Paz (0,60) e realizou conexões fortes com mais três cognemas: conforto (0,75), religião (0,67), caridade (0,68).

O termo acreditar que anteriormente unia-se aos termos fé e Deus permaneceu conectado ao cognema Fé (0,67) e fez ligação com Paz (0,61).

O cognema oração que anteriormente não apareceu na análise de coocorrência, encontra-se na segunda periferia no quadro de quatro casas e na análise de escolha sucessiva por blocos esteve entre as palavras não escolhidas, vistas como neutras. No entanto, nesta árvore apresentou ligações fortes com os cognemas Deus (0,61), Jesus (0,80), Fé (0,65), Paz (0,62), sendo a maioria encontrada no NC do quadro de quatro casas. Reforça-se a ideia de que oração é um termo importante para a RS desse grupo.

Os prováveis elementos centrais advindos da análise prototípica e da similitude por coocorrência obtém um aspecto mais forte para serem considerados como central, incluindo, elementos novos, os cognemas amor, força, oração.

Pode-se inferir, que na parte superior da árvore do CPB há uma ligação de elementos que se referem à relação com o transcendente (Deus e Jesus) e as consequências desta relação através dos termos fé, oração, força, esperança e amor. Sendo também relevante considerar que a religião encontrada entre os termos com conexões fortes infere-se ao fato de os participantes admitirem-se religiosos, já que a maioria se declarou católico.

Cabe ressaltar que nesta representação a ligação entre os elementos destacam a ideia de que o amor é o elo entre a dimensão da espiritualidade com a transcendental e que por sua vez, perpassam pelas questões institucionais religiosas. Encontramos com o termo religião o contexto institucional inserido dentro da representação da espiritualidade.

Este fenômeno também fora encontrado no estudo de Nogueira (2019) cuja a representação da espiritualidade apresentou elementos positivos relacionados a questão

institucional da religião com termos também encontrados neste estudo, são eles: força, conforto e esperança, ou seja, a prática religiosa que pode proporcionar bem-estar espiritual aos que estão inseridos nessa realidade rotineira.

Entretanto, o termo Força ligado a religião, conforto e a caridade, demonstram uma dimensão relacionada à vida cotidiana, mostrando que a espiritualidade pode gerar confiança e influenciar para o viver com mais saúde.

4.4 Terceira parte do estudo: *Mise-en-cause* ou técnica do questionamento

Mise-en-cause (MEC) ou técnica do questionamento consiste em um método de verificação da centralidade do núcleo central. São feitas perguntas aos participantes da pesquisa com os candidatos à centralidade a fim de comprová-la. Dessa forma os participantes devem dizer se reconhecem ou não o objeto central (WOLTER; WACHELKE; NAIFF, 2016).

De acordo com Abric (2007) o mecanismo da MEC ocorre pela utilização da dupla negação para se encontrar o elemento central, ou seja, questionamento de um elemento x de forma negativa: primeira negação; resposta negativa: segunda negação. Sendo assim, Wachelke (2008) assevera que ao solicitar aos participantes, através de pergunta negativa, tendo como resposta sim, não e talvez, que indiquem se a desconsideração do elemento permite manter a identidade do objeto social de interesse, denota, que o termo negativado seja inegociável, para tanto compreenda a representação do objeto de estudo.

Por sua vez, esse método permite identificar a estrutura e organização da representação e, por vezes, trazer os elementos centrais. Com isso, a saliência dos itens constituintes do objeto de representação é um indicador da centralidade (SÁ, 2002).

Proposta por Moliner, esta técnica, baseia-se numa propriedade qualitativa dos elementos centrais, a característica de não negociação, ou seja, se um elemento é central, ele é inegociável para o grupo de participantes (ROUQUETTE; RATEAU, 1998).

Importante salientar, que posterior a coleta de dados, as porcentagens das respostas sim, talvez e não são calculadas, sendo o maior interesse nas respostas não (ABRIC, 2007).

Por fim, nesta técnica foram testados os cognemas que mais se destacaram na análise do quadro de quatro casas como possíveis elementos do núcleo central. Além do teste,

realizou-se a coleta de dados para a caracterização dos participantes, com resultados mostrados na Tabela 11, anteriormente apresentada.

4.4.1 Análise do método MEC para espiritualidade

Para a espiritualidade, o teste de *mise-en-cause*, teve resultados positivos com respostas negativas que foram estatisticamente significativas (SÁ, 2015) os elementos: acreditar, fé, amor e esperança. No entanto, o termo amor compõe a primeira periferia e esperança a segunda periferia do quadro de quatro casas. Amor teve uma alta frequência e elevada O.M.E (freq.= 45 e O.M.E = 3,089), e poderia ser considerado central por sua frequência.

Visualiza-se a distribuição das respostas às perguntas negativas referidas a cada elemento dispostos pelas respostas: não (ratifica-se que o elemento é inegociável), talvez (elementos que não foram escolhidos) e sim (desconsidera-se a centralidade do elemento), na Tabela 12, a seguir:

Tabela 12 – Distribuição das respostas à técnica do questionamento (MEC) para a Espiritualidade. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Elementos apresentados	Resposta negativa (central)		Talvez (não escolhido)		Resposta positiva (não central)		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Acreditar	21	70,00%	1	3,33%	8	26,70%	30	100
2. Fé	22	73,33%	1	3,33%	7	23,33%	30	100
3. Deus	17	56,70%	0	0,00%	13	43,33%	30	100
4. Paz	16	53,33%	6	23,33%	7	23,33%	30	100
5. Jesus	11	36,70%	2	6,70%	17	56,70%	30	100
6. Oração	15	50,00%	2	6,70%	13	43,33%	30	100
7. Religião	6	20,00%	1	3,33%	23	76,70%	30	100
8. Amor	22	73,33%	2	6,70%	6	20,00%	30	100
9. Caridade	12	40,00%	8	26,70%	10	33,33%	30	100
10. Conforto	14	46,70%	8	26,70%	8	26,70%	30	100
11. Esperança	25	83,33%	4	13,00%	1	3,33%	30	100
12. Força	15	50,00%	9	30,00%	6	20,00%	30	100

Fonte: A autora, 2019.

Consegue-se visualizar, na Tabela 12, dentre os elementos considerados mais característicos como sendo da representação da espiritualidade para esse grupo específico, ou seja, como inegociáveis: Acreditar, Fé, Amor e Esperança, sendo acreditar e fé do NC da representação na análise prototípica, amor elemento único da primeira periferia e esperança da segunda periferia. O elemento Religião, presente na zona de contraste do quadro de quatro casas conseguiu atingir os 76,70%, porém obtendo como respostas positivas, ou seja, não sendo considerado um termo central.

Adotou-se 70% de frequência para a dupla negação por consequência do número de participantes que foi menor, dados coletados com 30 participantes. Isto porque, se o número de participantes é igual a 60, os dados para refutação da centralidade poderiam ser utilizados 75% de frequência (FLAMENT; ROUQUETTE, 2003)

O elemento que obteve maior porcentagem na confirmação de respostas negativas com 83,33%, havendo confirmação de sua centralidade foi esperança. Já o elemento Deus que está no núcleo central da análise prototípica, que obteve também um maior número de conexões na análise de similitude, atingiu uma porcentagem baixa 56,70%, o que resultou na não

confirmação da sua centralidade. Já os elementos fé e acreditar apresentaram um percentual positivo com relação a sua centralidade, concomitantemente, 73,33% e 70%, ratificando serem termos centrais para a representação da espiritualidade. O termo Paz apresentou o percentual de 53,33%, mesmo presente no quadrante do provável núcleo central na análise prototípica, não teve sua centralidade confirmada.

O elemento amor encontrado na primeira periferia da análise prototípica, e com ligações fortes na análise de similitude por coocorrência, teve centralidade confirmada por apresentar 73,33% de frequência. Infere-se, portanto, que o elemento amor e esperança que teve o maior número da frequência (83,33%) para confirmação da sua centralidade, tenham um significado relevante emblemático para os participantes, assim como, é importante do ponto de vista prático após o êxito da sua atividade espiritual, ou até mesmo no cuidado com o seu paciente.

Porquanto, o elemento esperança (zona de contraste) pode representar a dimensão mais motivacional específica do indivíduo, já que ao representar espiritualidade com os cognemas ter fé, esperança, amor e acreditar, os participantes definem de forma prática. Isto é, os elementos que foram confirmados através da técnica de mise-em-cause, são indispensáveis à representação da espiritualidade para este grupo.

No estudo de Araújo *et al.* (2015), o olhar do enfermeiro para a espiritualidade discute que é necessário entender que a experiência do numinoso modifica a vida, e decorre com a irradiação de serenidade, de profunda paz e de ausência do medo, o que não acontece com a doutrinação. Com isso, o indivíduo de forma singular sente-se amado, acolhido e confortável com o divino, isto é, com a vivência do mistério/ numinoso. Dessa forma, o que vier a acontecer será de acordo com essa realidade amorosa. Os autores ainda asseveram que até a morte tem sentido e pode ser encarada de plena e vivida como parte da vida. Enfim, o ser humano possui uma dimensão espiritual que busca sentido para o existir.

Não obstante, ressalta-se que a espiritualidade pode favorecer para a promoção da saúde e prevenção de agravos quando utilizada pelos enfermeiros e outros profissionais. Outrora, compreende-se que os profissionais da saúde possuem indicações científicas atuais do benefício da utilização da espiritualidade no plano terapêutico de qualquer patologia (LAURINDO FILHO *et al.*, 2016).

Um estudo sobre espiritualidade com pessoas vivendo com HIV, apresentou que a espiritualidade, ligada à fé em um Ser Supremo, independente da religião, fortaleceu os entrevistados a perseverarem na terapêutica. Ainda considerou que, por se sentirem amados

por Deus, os participantes foram motivados a continuar lutando pela vida, firmes diante das dificuldades, obtiveram fé e esperança de dias melhores (CRUZ *et al.*, 2017).

De fato, torna-se possível relacionar os cognemas centrais em tela aos resultados do estudo apresentado, pois ter fé e esperança motiva os entrevistados a promoverem saúde, bem como o amor, tanto o divino quanto por suas atividades assistenciais. Infere-se ainda que, ao promover a espiritualidade, um indivíduo pode alcançar a paz.

Desta forma, a representação da espiritualidade estruturada por estes elementos: fé, esperança, acreditar e amor, demonstra que a dimensão espiritual quando acessada pelo indivíduo pode propiciar a qualidade de vida, ao bem-estar, permitindo que ao promover a espiritualidade os profissionais estejam sensíveis e sintam de forma profunda o quão importante é estar atento a necessidade espiritual daquele que sofre e anseia por cuidados além dos científicos e convencionais.

4.5 Análise da centralidade a partir do conjunto de estudos

Neste momento, pretende-se, discutir o conjunto das análises descritas anteriormente, em sua completude. Com relação a espiritualidade, o quadro abaixo (quadro 2) apresenta os resultados da análise estrutural da espiritualidade com os seguintes métodos: análise prototípica, que indica a organização estrutural dos cognemas; similitude por CPB, que realiza um prognóstico da provável centralidade e o método MEC que faz um diagnóstico dos elementos centrais da representação.

Cabe ressaltar, que a análise de similitude por coocorrência foi extraída do quadro de quatro casas, sabendo que é uma relação determinada pelo critério de frequência com base no material da evocação.

Como critério de análise para a definição de um elemento como central, estabeleceu-se três estudos com indicação da referida centralidade. Esta questão será aprofundada no quadro exposto e na discussão que o segue.

Quadro 2 – Conjunto dos resultados dos estudos da análise estrutural acerca da espiritualidade. Rio de Janeiro/RJ. Brasil – 2019

Candidatos à centralidade/Técnica	acreditar	fé	Deus	paz	Jesus	oração	religião	amor	caridade	conforto	esperança	força
INDICAÇÃO DE CENTRALIDADE												
Análise prototípica	X	X	X	X								
TESTES DE CENTRALIDADE												
<i>Similitude por coocorrência</i>		X	X									
<i>Choix-par-bloc</i> (CPB)		X	X	X	X	X	X	X				X
<i>Mise-en-cause</i> (MEC)	X	X		X				X			X	
Elementos centrais em 1 ou mais resultados, sendo indispensável à indicação do MEC	X	X		X				X			X	

Fonte: A autora, 2019.

No Quadro 2 acima, os resultados demonstrados foram inseridos para se verificar a estrutura da representação da espiritualidade. A análise prototípica do quadro de casas apresentou como provável núcleo central os elementos acreditar, Deus, fé e paz. Com base nesses e outros elementos importantes encontrados no quadro de quatro casas, que apresentaram altas frequências, foram realizados outros testes.

Conquanto, o cognema fé teve a centralidade comprovada nos testes de Mise-en-cause (MEC) e escolha sucessiva por blocos (CPB), enquanto acreditar teve a confirmação de centralidade apenas pelos resultados de MEC. Já Paz apresentou confirmação da centralidade nos dois testes, CPB e no resultado de MEC. Deus apresentou confirmação de centralidade apenas em CPB.

No que se refere aos outros elementos testados, presentes na zona de contraste do quadro de quatro casas, Jesus, oração e religião apresentaram resultados positivos para CPB. Quanto aos cognemas encontrados nas periferias do quadro de quatro casas, digo, da análise prototípica, o elemento amor apresentou resultados positivos no CPB e no MEC (primeira periferia); o elemento esperança resultou apenas no MEC; força e oração, somente no CPB. No entanto, os elementos caridade e conforto não apresentaram resultados positivos em nenhum dos testes.

Por conseguinte, partindo da indicação de centralidade pela análise prototípica, tem-se como elementos centrais na representação social da espiritualidade para os enfermeiros que

assistem pessoas vivendo com HIV/Aids: Acreditar, Deus, Fé e Paz. Fé é um elemento central muito importante pela sua confirmação em todos os testes, evidenciando que a representação da espiritualidade é prática. Deus também se apresenta como um elemento central, desta forma o grupo social inserido nos diferentes estudos parece utilizar Deus para acessar a espiritualidade de maneira teísta, ao desenvolver a espiritualidade há aproximação do Ser Supremo e com isso se promove e obtém paz, outro elemento que é confirmado central. Uma espiritualidade ancorada na prática da religião e/ou de ensinamentos religiosos, que ao ser praticada evidencia o sentir-se amado pelo Divino aumentando sua relação com o mesmo, o ser amado traduzido pelo elemento amor confirmado como central.

Com relação a estrutura do pensamento social, nota-se uma ligação no pensamento do psicólogo Carl Jung no estudo de Aquino *et al.* (2013), onde a religião parece fazer uma ponte com a espiritualidade, considerava então, a religião como uma das expressões universais mais antigas da alma humana ou até mesmo uma atitude espiritual do ser humano, propagando uma relação subjetiva com certos fatores extramundanos e metafísicos.

Em alguns estudos europeus examinou-se a espiritualidade moderna sendo encontrado que é mais popular entre os jovens e se correlaciona à ideia de Deus. Logo, ao relacionar com os valores para a espiritualidade compatibilizam com o respeito e o cuidado com o próximo. Corroborando assim com a ideia de que ao Buscar Deus busco a espiritualidade, ou seja, com o qual busco contato para se ter uma experiência espiritual (SAROGLOU, 2003 *apud* PAIVA, 2005).

Contudo, o ser humano possui uma dimensão espiritual profunda que busca sentindo para o viver. Encontra-se na capacidade de perceber o que está além das aparências, daquilo que se vê, escuta, sente, pensa e ama. Apreende-se o outro lado do que se vive, devido a sua clareza e profundidade (ARAÚJO *et al.*, 2015). Com base no exposto, pode-se inferir, porquanto, que para os participantes do estudo os termos Fé e amor foram obtidos como centrais da representação da espiritualidade, o que nos reforça a ideia de que a busca da espiritualidade movida pela fé faz com que a vida tenha sentido e através disso, consegue-se desenvolver o amor pelo próximo, respeitando seus direitos e singularidades.

4.5.1 A espiritualidade e a enfermagem

A enfermagem é regida pelo cuidado e para que este seja individualizado e autêntico faz-se necessário que seja estabelecido uma relação de confiança entre o profissional enfermeiro e o paciente, onde deve ser exercida uma comunicação efetiva e uma escuta terapêutica.

A busca por compreender a espiritualidade para estes profissionais reveste-se no compromisso de que o cuidado não é apenas aquele voltado para sanar as dores e curar as necessidades corporais, mas sim permitir que sejam desveladas as necessidades próprias dos pacientes, tanto aquelas aparentes, quanto as involuntárias, que de acordo com Araújo *et al.* (2015) devem ser observadas pela linguagem verbal e não verbal.

Importante salientar que o simples fato de interação entre enfermeiro e paciente acerca do cuidado espiritual apresenta melhora na disposição e no humor dos pacientes, resultado encontrado no estudo de Araújo (2017), que também destacou o fato do profissional permitir-se comunicar, acolher, observar e escutar o paciente possibilitando aos mesmos assegurar uma assistência de qualidade, com dignidade e autonomia.

Sabe-se que uma variável que provoca dúvidas no profissional para promover a interação com o paciente acerca da espiritualidade é em que momento a realizar. E esta pode ocorrer durante o plantão, numa conversa, na anamnese, durante as atividades que estejam em conexão individualizada, promovendo um cuidado ínfimo e estreitando os vínculos de confiança para exposição da espiritualidade.

Nesse contexto, o enfermeiro deve estar atento a três perspectivas que integram o modelo sol nascente, uma proposta teórica baseada em Leininger, são elas: macroestudos, em que os fenômenos são conhecidos em diferentes culturas e são em larga escala; a perspectiva média, em que os fatores mais complexos de uma determinada cultura são tomados em consideração; e microperspectiva, em que se estuda os indivíduos numa cultura específica e determinada (ALEXANDER *et al.*, 1994).

No estudo de Nogueira (2019) a autora aborda sobre a forma que o enfermeiro poderá intervir procurando desconstruir o paciente, utilizando o tempo de assistência para apoiá-lo, incentivando-o a buscar o autocuidado, e a religar-se consigo, com sua essência e com aquilo que lhe traga acalento, conforto, esclarecendo dúvidas sobre sua patologia e tratamento, fazendo a acomodação do cuidado. Por conseguinte, orientá-lo para que se mantenha firme, com bem-estar, prosseguindo com sua fé.

Salienta-se que os enfermeiros devem planejar uma assistência/cuidado, seguindo duas importantes dimensões, são elas, as universais e comuns às religiosidades e espiritualidades do grupo social e as diversas ou específicas, na proposição teórica de Leininger (ALEXANDER *et al.*, 2014). No estudo, por exemplo, a ideia da fé se impõe de maneira hegemônica no conjunto das representações. Esta para os participantes é a força que motiva a viver, como também a fé religiosa os aproxima do ser Sagrado e divino.

Neste sentido, evidencia-se que a informação da filiação religiosa no cuidado de enfermagem é preponderante, mas não suficiente para abarcar as necessidades de cuidado. Portanto, é preciso, coletar informações sobre as crenças dos pacientes, sua visão acerca de Deus, sobre a fé, como se relaciona com a espiritualidade, as práticas cotidianas ou esporádicas que são necessárias ao equilíbrio emocional e conforto espiritual ou religioso. Visualizando se o perfil destas práticas é mais institucional, o que precisará do aparato sacerdotal ou ritualístico, ou não-organizacional, e que de qualquer forma, requer uma atuação de modo a permitir que a relação com o divino seja da melhor forma para o paciente, principalmente dentro das unidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade tem sido tema de grande relevância e discussões em diversas áreas pela intolerância, pela diversidade, pelo anseio por aceitação e respeito ou simplesmente pelo desconhecimento de suas ações onde quer que ela esteja inserida.

Não há dúvidas de que o desenvolvimento da espiritualidade insere o indivíduo num contexto único de amadurecimento para vida, o que condiz com o alcance de um bem-estar, de uma qualidade de vida ou mesmo de paz. Isso nos remete ao desenvolvimento do ser em buscar sentido para todas as coisas e a motivar-se frente aos desafios, tendo fé na vida, fé em si, fé num divino Deus que pode aliviar seus sofrimentos, suas dores. E este foi um dos achados do presente estudo que buscou investigar o que a espiritualidade representa para os profissionais que possuem como essência o cuidado além das ações técnicas-científicas. Nele encontramos a representação social da espiritualidade para este grupo centrada no amor, na fé, na paz, na esperança, num Deus.

Por este motivo, em busca da integralidade em saúde, a espiritualidade tem se tornado tema de grandes discussões acerca do cuidado que corrobore com sua inserção na assistência dos profissionais aos pacientes de forma a acolher todas as suas necessidades verbalizadas ou não.

Dessa maneira, permite aos enfermeiros reconhecerem sua importância tanto para a questão física melhora do quadro clínico, das queixas, quanto para a evolução humana, desenvolvimento espiritual do ser. Um indivíduo em equilíbrio espiritual e consigo mesmo desenvolve não só suas atividades com qualidade como também estabelece com o próximo uma conexão efetiva, segura para escuta, comunicação e compreensão das suas necessidades físicas e espirituais, permitindo que este possa a partir de então sentir-se mais seguro, mais motivado, fortalecido a seguir.

No entanto, no âmbito em que a espiritualidade se encontra temos diversos fatores que fazem com que seja confundida com outros temas, por vezes negada a ser inserida na assistência e mais ainda desconhecida no meio acadêmico, assistencial e pelos próprios profissionais. Por este motivo, buscou-se através do presente estudo analisar as representações sociais da espiritualidade entre os enfermeiros que assistem pessoas vivendo com HIV e, para isto, foram utilizados métodos para identificar a estrutura do pensamento do grupo acerca do objeto estudado, desta forma, analisá-lo a partir da abordagem estrutural.

Utilizou-se a triangulação teórica e metodológica aperfeiçoada ao longo dos resultados e discussão com o intuito de discutir as implicações da espiritualidade acerca do cuidado de enfermagem ao aprofundar os dados empíricos oriundos das evocações livres e os testes de centralidade estudados.

Com isso, por meio desse estudo multimetodológico, constatou-se a relevância dessa pesquisa para a compreensão do pensamento social do grupo sobre objeto investigado. A representação da espiritualidade foi estudada através dos testes associativos e analisada pela maneira como se estrutura e como se pensa o objeto.

Ao estudar a estrutura do pensamento do grupo, verificou-se que as representações sociais da espiritualidade para o grupo está ligada diretamente às dimensões atitudinais e afetivas, que foram ativadas de forma positiva. Consegue-se verificar que na análise prototípica e de similitude, Deus e Fé foram identificados como elementos centrais, sendo encontrados no núcleo central e com o maior número de conexões feitas com os outros cognemas.

Os enfermeiros, quando referem ter consigo a espiritualidade, compreendem uma influência positiva, onde esta permite o desenvolvimento de uma vida mais equilibrada, amorosa, em paz. Quanto aos elementos do núcleo central da análise prototípica, a representação da espiritualidade apresenta uma dimensão prática/atitudinal percebida através dos elementos ter-fé, acreditar e paz, uma imagética do sagrado, Deus.

Através da árvore máxima de similitude obteve-se uma melhor compreensão da estrutura da representação, tornando-se evidente o papel de Deus e Fé, presentes no núcleo central que termina por adquirir um papel importante de organizadores da representação social da espiritualidade para este grupo, devido aos números de coocorrências e de conexões. As expressões da espiritualidade relacionam-se, de um modo geral, a contextos práticos, da mesma forma que possuem envolvimento afetivo, trazendo uma conexão com o divino e com os demais seres humanos.

Ao longo da análise estrutural, foram realizados os testes essenciais para se investigar e definir a centralidade e o papel dos elementos que constituem a representação. Na escolha sucessiva por blocos (CPB), observou-se que os elementos se ligam em três dimensões, uma transcendental e normativa com Deus e Jesus, outra dimensão afetiva/valorativa com os cognemas amor e esperança, e uma dimensão prática com os elementos Fé, força e oração, respectivamente.

Já no MEC, como visto nos resultados, constatou-se que, para o grupo, os elementos inegociáveis foram fé, acreditar, amor e esperança. Conclui-se que foram elementos mais

funcionais, mais práticos como também afetivos, destaca-se que fé continua aqui apontada como central.

Por fim, após todos os testes, como exposto nos resultados, a centralidade na representação social da espiritualidade para os enfermeiros foi composta por Fé, acreditar, amor e esperança. Com este resultado final, visualizou-se a importância de mais de um teste de centralidade, para obtermos uma confirmação mais próxima a realidade do grupo estudado.

Diante dos resultados, bem como da análise da abordagem estrutural, destaca-se que a relação dos sujeitos com o sagrado/divino Deus é algo importante, mesmo que ele não tenha sido central. Estar próximo a Deus é considerado pelos participantes algo para o desenvolvimento da espiritualidade, e através dele obtém-se amor, força e paz para realizar suas atividades e desenvolver no outro a vontade de seguir.

Quanto aos conceitos de espiritualidade, demonstraram-se a sua influência no cotidiano e no enfrentamento das dificuldades, bem como na explicitação do exercício da prática da espiritualidade, que está relacionada a busca em ter fé e ser motivado em acreditar para ter esperança como forma de apoio para superar as dificuldades do seu cotidiano.

Oportunamente, esse resultado exige uma reflexão acerca do cuidado em saúde uma vez que este papel esteja sendo desenvolvido pelos enfermeiros. Cabe ressaltar, a importância da inserção da espiritualidade na assistência, no processo de cuidar, haja vista, a relação direta que a espiritualidade tem com os que convivem com a síndrome e fazem parte do seu cotidiano, como encontrado e discutido em outros estudos.

Sendo assim, baseado na teoria das representações sociais e na teoria do cuidado transcultural, retratou acerca do cuidado de enfermagem onde o enfermeiro precisa compreender o meio cultural cujo indivíduo vive, assim como considerar seu pensamento e sua relação com o sagrado, com sua fé e religião. E assim, através das demandas trazidas pelos próprios pacientes, o profissional estabelece uma relação de confiança, escuta sensível, acolhimento e valorização das crenças, esclarecendo as dúvidas que surgem durante sua assistência.

O enfermeiro deve direcionar um cuidado que use a fé como forma de zelo, amor e conforto, e mais ainda força, para lidar com adversidades, promovendo condições de vida mais saudáveis e ao autocuidado do assistido. Isto proporciona estimular a uma vida em equilíbrio consigo e com o próximo, desenvolvendo o ser como um todo, integral.

Por fim, conclui-se que o estudo contemplou plenamente os objetivos e questões norteadoras propostos no início do estudo. Pode-se contribuir com o campo de estudo das representações sociais ao se utilizar a triangulação de métodos na abordagem aplicada.

Salienta-se as suas limitações, pelo fato de não se poder generalizar os resultados encontrados, seja pela questão teórica-metodológica adotada, seja pelos entrevistados serem em números que impossibilitem esta ação ou, ainda, por sua localização, pois utilizou-se apenas uma instituição. Portanto, diante dos limites deste estudo, considera-se importante mais estudos acerca da temática para verificar a abordagem da espiritualidade juntamente com a religiosidade na prática profissional, de modo que apresente um aprofundamento do cuidado de enfermagem nesse contexto.

REFERENCIAS

- ABDALA, G. A. *et al.* Religião, espiritualidade e a enfermagem. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 5, p. 154- 164, 2017. Supl. 1. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2001>>. Acesso em: 18 de junho de 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i0.2001>
- ABRAO, F. M. S. *et al.* Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. **Rev. bras. enferm.** Brasília, DF, v. 66, n.5, p. 730-737, 2013.
- ABRÃO, F. M. S. *et al.* Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade de Recife, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, Bahia. v.38, n.1, p.140-154 jan./mar. 2014.
- ABRIC, J. C. La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. In: ABRIC, J.C. **Méthodes d'études des représentations sociales**. Ramonville: Saint-Agne, 2003.
- ABRIC, J. C. Metodología de recolección de las representaciones sociales. In: ABRIC, JC (Org). **Praticas sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyacán, 2001.
- ABRIC, J. C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, AS. P. (Org.); OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2.ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.
- ABRIC, J. C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- ALVES, M. **A espiritualidade e os profissionais da saúde em cuidados paliativos**. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Faculdade de Medicina de Lisboa, 2011.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- AQUINO, T. A. A. *et al.* Estilos de fé e sentido da vida. **Psicologia Argumento**. Curitiba. v.31, n. 75, p. 665 – 676, 2013.
- ARAÚJO, F. P.; FERREIRA, M. A. Representações sociais sobre humanização do cuidado implicações éticas e morais. **Rev Bras Enferm.** Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 287-293, 2011.
- ARAÚJO, M. A. M. **Um modelo de cuidado espiritual para profissionais que lidam com morte, dor e sofrimento**. Fortaleza: INESP, 2017. 271p.
- ARAÚJO, M. R. L. *et al.* Olhar do enfermeiro sobre a espiritualidade na produção do cuidado. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro, RJ, vol. 7, p. 155-162. 2015. Supl. 7. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750949012.pdf>. Acesso em: 8 de agosto de 2018.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n.117, p. 127-147, 2002.

AUBERT, J.; ABDI, G. Représentations sociales de la gymnastique chez des enseignants stagiaires d'éducation physique et sportive et choix d'enseignement. **Staps**, France, 2002, v.59, n.3, p: 9-22.

AZEVEDO, C. E. F. *et al.* A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4., **Anais e resumos**. Brasília, DF, 03 a 5 nov. 2013.

BALBONI, T. *et al.* Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. **Cancer**. Boston, MA, EUA. v. 23, n. 117, P. 5383–5391, 2011.

BALBONI, M. J. *et al.* Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training. **J Clin Oncol**. Boston, EUA, v. 31, n.4, p. 461-467, 2012.

BATISTA, P. S. S. A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ, v. 4, n. 3, p. 49-55, setembro, 2010. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/667/1315>>. Acesso em: 10 junho 2019.

BORGES, M. S.; SANTOS, M. B. C; PINHEIRO T. G. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. **Rev Bras Enferm**. Brasília, DF, v. 68, n. 4, p. 609-616, 2015.

BOFF, L. Espiritualidade: um caminho de transformação. 6. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2001. 60p.

BOFF, L. Balanço aos 70. Petrópolis: Ed. Dom Bosco, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica mostra as ações bem-sucedidas de algumas cidades brasileiras sobre o manejo dos pacientes de HIV/aids na atenção básica**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hiv-aids-na-atencao-basica>>. Acesso em: 10 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.

BRUNNER, SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

CAMPOS, P. H. F. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. da S. **Representações sociais e práticas educativas**. Editora da UCG, 2003.

CAMILLO, S. O.; MAIORINO, F. T.; SILVA A. L. Ensino da aids na perspectiva de docentes de enfermagem e sua relação com a complexidade. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 19, n. 3, p. 498-505, 2014.

CANTARELA, A. G.; PANASIEWICZ, R. Identidades religiosas no mundo plural: na voz de personagens de O outro pé da sereia, de Mia Couto. **HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, v. 15, n. 45, p. 163-187, 31 mar. 2017.

CORTEZ, E. A. Influência da religiosidade e espiritualidade na saúde: reflexões para o cuidado de enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 418-9, oct. 2012. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4086>>. Acesso em: 15 set. 2019. doi:<https://doi.org/10.5935/1676-4285.2012S001>.

CORTEZ, E. A. **Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem**: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado. Tese (Doutorado em enfermagem). Rio de Janeiro: Escola de enfermagem Anna Nery /UFRJ; 2009.

CRUZ, D. S. M. *et al.* Vivência de pacientes com HIV/Aids e a influência da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da doença. **Rev enferm UFPE**. Recife, PE, v. 11, p. 4089-4095, out., 2017. Supl. 10. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231169/25135>>. Acesso em: 20 de dez. 2019.

CULLIFORD, Larry. **A Psicologia da espiritualidade**: O estudo do equilíbrio entre mente e espírito. 1ª ed. SP: Editora Fundamento Educacional, 2015. p. 42.

DALAI LAMA, Sua Santidade. **Uma ética para o novo milênio**. Trad. Maria Luiza Newlands, Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DANTAS, M. S. *et al.* HIV/AIDS: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, RJ, v.19, n.2, p.323-330, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0323.pdf>>
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150044>

DANY, L.; APOSTOLIDIS, T. Approche structurale de la représentation sociale de la drogue: interrogations autour de la technique de mise en cause. **Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, France, v. 73, n.1, p. 11-26, 2007.

DOISE, W. Da psicologia social à psicologia societal. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 027-035, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722002000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722002000100004>.

DOMINGUES, E. A. R. *et al.* Bem-estar espiritual do profissional de enfermagem no ambiente hospitalar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Vale do Rio Verde, MG, v. 16, nº. 3, p. 1-9, 2018.

ENCARNAÇÃO, P.; OLIVEIRA, C. C.; MARTINS, T. A nanopartícula da fé na intervenção dos enfermeiros. **Revista Reflexão e Ação**. Santa Cruz do Sul, RS, v. 24, n. 2, p. 24 - 39 mai./ago. 2016.

EPSTEIN, P.; *et al.* Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting. **Am J Hosp Palliat Care**. Boston, MA, EUA, v. 32, n. 7, p. 750-757, 2014.

ESPIRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 3, p. 539-546, 2006 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a25.pdf>>. Acessado em: 22 out. 2018.

ESPÍRITO SANTO, C. C. *et al.* Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v.18, n. 2. p.372-378, 2013.

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 1, p. 176-182, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100176&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 24 out. 2019.
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Psicologia em estudo**. Maringá, PR, v.11, n.1, p.155-164, jan./abr. 2006.

LAURINDO FILHO, J. *et al.* A implicação da espiritualidade na saúde. **Enfermagem Brasil**. Portal atlântica. v. 15, n. 5, p. 280-284, 2016. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/674/1567>>. Acesso em: 03 ago. de 2019.

FLAMENT, C. L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. (Org.). **L'Étude des représentations sociales**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1986. p. 139-156 apud OLIVEIRA, D.C. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas**: o saber/fazer a partir das representações sociais. 2001. 225 f. Tese (Professor Titular) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

FLAMENT, C.; ROUQUETTE, M. L. **Anatomie des idées ordinaires**. Paris: Armand Colin. 2003. 176p.

FLECK, M. *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-24042003000400023> Acessado em: 24 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>.

FOWLER, James W. **Estágios da Fé**: a psicologia do desenvolvimento humano e a busca de sentido. Trad. Júlio Paulo Tavares Zabatiero. São Leopoldo: Sinodal, 1992.

FRAGATA, J. Kierkegaard. In: CABRAL, R. *et al.* Logos. São Paulo: Verbo, [s.d.].

GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev Bras Enferm**. Brasília, DF, v. 64, n. 6, p. 1022-1027, 2012.

GAARDER, J.; HELLERN, V.; NOTAKER, H. **O livro das religiões**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005. 335p.

GERONE, L.G.T. A Religiosidade/Espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde. **Cultura E Comunidade**. Belo Horizonte, MG, v.11 n.20, p. 129-151, 2016.

GIL, A. C. **Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GLOBALAIDS. **Report on the global AIDS epidemic**: executive summary. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2017.

GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2015. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2015. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GARPR2015guidelines_en.pdf. Acesso em: 10 de setembro 2018.

GÓIS A. R. S.; ABRÃO F. M. S. O processo de cuidar do enfermeiro diante da morte. **Rev Enferm UFSM**. Santa Maria, RS, v. 5, n. 3, p. 415 - 425, out. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15832>>. Acesso em: 13 mai. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769215832>.

GOMES, A. M. T.; ESPÍRITO-SANTO, C. C. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 2, p. 261-264, 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7214>>. Acesso em: 02 mai. 2019.

GOMES, A. M. T. Análise de discurso francesa e teoria das representações sociais: algumas interfaces teórico-metodológicas. **Psicologia e Saber Social**, v. 4, n. 1, p. 3-18, jul. 2015. ISSN 2238-779X. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/17558>>. Acesso em: 19 mar. 2018. doi:<https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2015.17558>.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 377-384, 2008.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, DF, v. 22, n.2, p: 201-210, 2006.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 57-70, 2005.

JODELET, D. Presença da cultura no campo da saúde. In: Almeida A. **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano**: estudos de representações sociais. Brasília (DF): Editora da UnB; 2006.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2005, p. 227-378.

JODELET, D. Os métodos das ciências humanas. In: Moscovici S, Buschini F, eds. **olhares sobre as metodologias qualitativas**. Paris: PUF; 2003. p. 139-162.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____ (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

JODELET, D. **Folies et représentations sociales** (*Loucuras e representações sociais*). Coleção: Sociologia de hoje. Paris: Prensas Universitarias da França, 1989, p 398.

JODELET, D. **Représentations sociales**: un domaine en expansion. In: JODELET, D.(sous la direction de). **Les représentations sociales**. 7ed, Paris: PUF, [1989] 2003.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS. **Get-on-the-Fast-Track: The life-cycle approach to HIV**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf>. Acesso em: 10 set 2018.

KOENIG, H. G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**: por que, como e o que? 2. ed. São Paulo: FE Editora Jornalista; 2014.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOENIG, H. G. **Religion, spirituality, and health**: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry [Internet]. 2012 Dec [cited 2014 Aug 03]; 2012:278730. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671693/pdf/ISRN.PSYCHIATRY2012-278730.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

KOENIG, H. G. **Spirituality in patient care: why, how, when, and what**. Pittsboro, NC: Templeton Foundations; 2002.

LEMOES, S. F. C.; COSTA, S. G.; LIMA, R. C. P. Representações sociais aplicabilidade nos estudos sobre a educação de jovens e adultos. **Educação, Sociedade e Culturas**. Porto, Portugal, v. 4 n. 39, p. 43-61, 2013.

LEOPARDI, M.T. *et al.* **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti; 2001.

LIBANIO, J. B. **Fé**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LIMA, M. **A plenitude humana e o cuidado integral na perspectiva de Viktor Frankl**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Recife: Universidade Católica de Pernambuco, 2012.

LONGUINIÈRE, A. C. F.; YARID, S. D.; SILVA, E. C. S. Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico. **Rev enferm UFPE**. Recife, PE, v. 11, n. 1, p. 2510-2517, 2017.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu**. Campinas, SP, v. 1, n. 24, p.105-125, 2005.

LUZ, M. **Origem etimológica do termo. Fundação Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>>. Acesso em: 8 de agosto 2018.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**. Brasília, DF, v. 6, n. 4, p. 11-17, 2016.

MARQUES, S. C. *et al.* Abordagem estrutural das representações sociais sobre a AIDS entre os servidores de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 2, p. 186-195, 2003. Disponível em: <http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1101>. Acessado em: 22 out. 2018.

MARTINS, C. *et al.* Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-478, 2006.

McSHERRY, W; CASH, K; ROSS, L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. Blackwell Publishing Ltd. **Journal of Clinical Nursing**. Oxford, v. 13, n. 8, p. 934–941, 2004.

MELO, C. F. M. *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. pesqui. psicol**. Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015.

MENDES, J. M. G.; VIEIRA, M.M.S. Espiritualidade em enfermagem. **Enfermagem contemporânea: dez temas, dez debates**. v.1, n.1, p. 151-164, 2013. Disponível em: <<http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/10236/1/Ebook%20oficinas%20copia%22jmen des.pdf>> Acesso em: 19 jul. 2018

MENEGHEL, S. N. *et al.* Histórias de dor e de vida: oficinas de contadores de histórias. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, SP, v. 17, n. 2, p. 220-228.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. Des représentations collectives aux représentations sociales. In: **Les Représentations Sociales** (D. Jodelet, org.), pp. 62-86, Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1978. 291 p.

MOSCOVICI, S. Préface. In: C. Herzlich, **Santé et maladie**. Paris: Mouton, 1969.

MOSCOVICI, S. **La psychologie, son image et son publique**. Paris: PUF, 1961.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; STROPPIA, A. **Espiritualidade e saúde: o que as evidências mostram?** Revista Debates Psiquiatria. ABP, v. 2, n. 1, p. 34-41, 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Ciência e Cultura**. Campinas, SP, v. 68, n. 1, p. 54-57, 2016.

MOLINER, P. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: GUIMELLI, C. (Coord.). **Structures et transformation des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, p. 199-232, 1994.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Organizadores: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Traduzido por: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2015. 496 p.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 52-60, 2013.

NOBREGA, S. M in MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org.) - **Representações Sociais: Teoria e Prática, - Sobre a Teoria das Representações Sociais**- João Pessoa, Universitária, 2001.

NOGUEIRA, V. P. F. **As Representações Sociais da Espiritualidade e da Religiosidade para pessoas que vivem com HIV/Aids: estrutura de pensamento, enfrentamento da síndrome e cuidado de enfermagem**. 2019. 269 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OJEDA, B. S. *et al.* Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. **Rev Bras de Enferm.** Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 78-84, 2008.

OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, R. M. M.; YARID, S. D. Espiritualidade/religiosidade e o humanizaSUS em Unidades de Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-8, 2018.

OLIVEIRA, A. M.; HERBES, N. E. Espiritualidade, Fé e Cura: um olhar sobre a Religiosidade Popular. **Rev. Psic.** São Paulo, SP, v. 10, n. 31. p. 981-1179, 2016.

OLIVEIRA, D.C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Rev. Latino-americana de enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 276-286, 2013.

OLIVEIRA, D.C. *et al.* Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino J, Nóbrega S, eds. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, D.C. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas:** o saber/fazer a partir das representações sociais. 2001. 225 f. Tese (Professor Titular) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, D. C., GOMES, A. M. T. O processo de coleta e análise dos conteúdos e da estrutura das representações sociais: desafios e princípios para a enfermagem. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde:** da teoria à prática. Porto Alegre, RS: Moriá Editora, 2015. p. 351-386.

OLIVEIRA, F. F; FRAZILI, R. T. V. Espiritualidade: seu significado no contexto do acadêmico de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba.** Lorena, v. 1, n. 02, p. 61-72, 2017.

PADILHA, M. I. C. S. **Representações sociais:** aspectos teórico-metodológicos. Passo Fundo (RS): Universidade de Passo Fundo, 2001.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **R Enferm UERJ.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. :292-300, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a21.pdf>>. Acesso em: 15 set de 2019.

PAIVA, J. G. Psicologia da religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma (?) disciplina. In: AMATUZZI, M.M. (Org.): **Psicologia e espiritualidade.** São Paulo: Paulus, 2005. p: 31-47.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem.** Rio de Janeiro: Júlio C. Reis; 1979.

PANASIEWICZ, R. Categorização de experiências transcendentais: uma leitura da religiosidade, da fé e da religião. **Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral.** Curitiba, v. 5, n. 2, p. 587-611, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=449749234014>> Acesso em: 12 jun. 2019.

PARGAMENT, K. I. *et al.* Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **J Sci Study Relig.** New York, EUA, v. 37, n. 4, p. 710-724, 1998.

PAULA, M. *et al.* Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm.** Belo Horizonte, MG, v.18, n. 2, p. 454-462.

PECORA, A. R.; ANJOS, P. M; PAREDES, E. C. O envelhecimento como processo social. **R Educ. Públ.** Cuiabá, v. 19, n. 39, p. 55-73, 2010.

PECORA, A.R.; SÁ, C. P. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá, ao longo de três gerações. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 319-325, 2008.

PECORA, A.R. **Memórias e representações sociais de Cuiabá e da sua juventude, por três gerações, na segunda metade do século XX.** 2007, 218 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PEREIRA, Josias. **A Fé como Fenômeno Psicológico.** São Paulo: Escrituras, 2003.

PERES, M.F.P. *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. psiquiatr. clín.** Santiago, v. 22, n. 34, p.82-87, 2007.

PINHO, C. M. *et al.* Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 1-7.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Métodos, avaliação e utilização,** 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

PRADO, G. *et al.* Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIV - soropositive African American mothers. **AIDS Behav.** New York, v. 3, n. 8, p. 221-235, 2004.

PUCHALSKI, C. *et al.* Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J Pall Med.** New York, v. 12, n.10, p. 885-904, 2009.

RATEAU, P.; ROUQUETTE, M. L. **Introduction à l'étude des représentations sociales.** Saint-Matins-d'Hères (Isères): PUG, 1998.

RIBEIRO, G. K. N. A.; IWAMOTO, H. H.; CAMARGO, F. C.; ARAÚJO, M. R. N. S. Profissionais de enfermagem habilitados para o mercado de trabalho em Minas Gerais. **Rev Min Enferm.** Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 15-20, 2014.

ROCHA, A. C. A. L.; CIOSAK, S. I. Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem USP.** São Paulo, v. 48, n. 2, p. 92-98, 2014.

ROSS, L. **Spiritual care:** The nurse's role. **Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing.** New York, v. 8, n.29, p. 33-37, 1998.

SAAD, M; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta fisiátrica**. São Paulo, v.3, n. 8, p. 107-112, 2001.

SÁ, C. P. **Estudos de Psicologia Social. História, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2015.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**. São Paulo, v.2, n.31, p. 225-237, 2007.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.

SÁ, C.P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C.P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: M. J. Spink (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SÁ C.P. *et al.* A memória histórica do regime militar ao longo de três gerações no Rio de Janeiro: sua estrutura representacional. **Rev Estud Psicol**. Campinas, v. 26, n. 2, p. 159-171, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2009000200004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 23 maio 2018.

SÁNCHEZ, C. T. Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. **FMC**. Barcelona, v. 19, n. 6, p. 331-338, 2012.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v.44 n.1, p. 1584-160, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100022&lng=en&nrm=iso> Acessado em 18 de julho de 2019 - <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100022>)

SCUSSEL, M. A. Religiosidade Humana e Fazer Educativo. 2007. 177f. Dissertação (Mestrado em Educação) – PUC, Porto Alegre.

SEIXAS, M. C. **Espiritualidade no contexto da saúde**. **Revista Unitas**. Campo Grande, MS, v. 5, n. 2, p. 1066-1087, 2018. Disponível em: <http://revista.fuv.edu.br/index.php/unitas/article/viewFile/652/541>>. Acesso em: 10 ago. de 2019.

SOUZA, W. A espiritualidade como fonte sistêmica na Bioética. **Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor**. Curitiba, v. 5, n. 1, p. 91-121, 2013.

SILVA, O. E. M. *et al.* Assistência espiritual na prática da enfermagem: percepção de enfermeiros. **Rev enferm UFPE**. Recife, v. 9, n. 8, p. 8817-8823, 2015.

SILVA, É. M. P. **Representações sociais da Aids para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas**. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

SILVA, S. E. D.; CAMARGO, B.V.; PADILHA M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**. Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 947-51, 2011.

SILVA, J. B.; SILVA, L. B. Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida. **Logos & Existência Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e análise existencial**. Curitiba, v. 3, n. 2, p. 203-215, 2014.

SOARES, F. M. G.; COSTA, I. M. C. Lipoatrofia facial associada ao HIV/AIDS: do advento aos conhecimentos atuais. **An. Bras. Dermatol**. Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 843-864, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000500001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 agosto de 2018.

TAYLOR, C. *et al.* **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7ed. São Paulo: Artmed; 2014.

UNAIDS. **The Gap Report**. Geneva: UNAIDS; 2016.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: _____; M.B. MONTEIRO (Org.) **Psicologia social**. Lisboa, 2000: Calouste Gulbenkian.

VALLE, J. E. R. Religião e espiritualidade: um olhar psicológico. In M. M. AmatuZZi (Org.) **Psicologia e espiritualidade** (p. 78-110). São Paulo, SP: Paulus. 2005.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations**: Manuel version 2.00. Aix-en-Provence: Laboratoire Méditerranéen de Sociologie, 2000.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psic.: Teor. e Pesq**. Brasília, DF, v. 27, n. 4, p. 521-526, 2011.

WACHELKE, J. F. R. Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações (INCEV): Exemplo de Aplicação no Estudo da Representação Social sobre Envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 1, n. 22, p. 102-110, 2008.

WOLTER, R. P.; WACHELKE, J.; NAIFF, D. A. Abordagem Estrutural das Representações Sociais e o Modelo dos Esquemas Cognitivos de Base: Perspectivas Teóricas e Utilização Empírica. **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p.1139-1152, 2016.

WOLTER, R. P. *et al.* Temporalidade e representações sociais: Estabilidade e dinâmica dos elementos ativados pelo regime militar brasileiro. **PSYCHOLOGICA**. Coimbra, v. 58, n. 1, p. 107-125, 2015.

WILLIAMS, J.A. *et al.* Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. **J Gen Intern Med**. New York, v. 26, n. 11, p.1265-71, 2011. Disponível: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21720904> > Acesso em: 15 de out 2019.

APENDICE A – Dicionário de Padronização – Evocação Espiritualidade

TERMO PADRONIZADO	TERMO EVOCADO
Abstrato	abstrato
Amor	Amor - Amor-ao-próximo -
Aceitação	aceitação
Acesso à informações	acesso-à-informações
Acreditar	Acreditar - do-que-a-gente-acredita - acreditar-em-alguma-coisa - acreditar-em-algo – crença - Crença – certeza – minha-crença – verdade-que-você-acredita - aquilo-que-você-acredita
Ajuda	Ajuda - ajuda-constante-aos-pacientes - ajuda-a-ter-fé
Alma	Alma
Amizade	Amizade
Ânimo	ânimo
Além-vida	Além-vida - acreditar-na-outra-vida – vida-após-morte - certeza-da-continuidade-da-vida
Aprendizado	aprendizado
Alimento	alimento
Angústia	angústia
Apoio	Apoio - apoio-emocional - alicerce
Assistência	Assistência
Bem-estar	Bem-estar -
Bem	bem
Bíblia	Bíblia
Boa-vontade	Boa-vontade
Boas-ações	Boas-ações
Bondade	bondade
Bom senso	Bom-senso
Busca	Busca - buscar-algo-maior-e-melhor - buscar-uma-coisa-mais-elevada
Caminhada	caminhada
Caminho	Caminho – direcionamento - diretriz
Capacidade-de-ser	Capacidade-de-ser
Caridade	Caridade – doação - fazer-o-bem - ajudar-sem-esperar-nada – ajudar-o-próximo - doação
Carinho	carinho
Católica	católica
Certeza	Certeza
Céu	céu
Choro	choro
Clama	clama
Coisas-boas	Coisas-boas
Compaixão	compaixão
Compartilhamento	compartilhamento
Compreensão	Compreensão - entender-o-outro

Compromisso	compromisso
Comunhão	Comunhão - Comunhão-com-outro - contato-ao-próximo
Comunidade	comunidade
Concentração	concentração
Confiança	Confiança – confiança-em-deus
Conhecimento	conhecimento
Conforto	Conforto – aconchego – conforto-para-as-pessoas -
Conforto-espiritual	conforto-espiritual
Confusão	confusão
Consciência	consciência
Consolo	Consolo - alívio-da-dor - alívio-espiritual
Controle-emocional	Controle-emocional
Continuidade	continuidade
Cooperativa	Cooperativa - cooperação
Coragem	coragem
Cor-branca	Cor-branca
Credo	credo
Crescimento	Crescimento – crescimento espiritual-crescimentos
Cruz	cruz
Cuidado	Cuidado - cuidado-com-mente-e-corpo
Cultura	cultura
Dedicação	dedicação
Deus	conectar-se-com-deus - comunhão-com-deus - deus-está-presente-em-qualquer-religião – relacionamento-com-deus - o-que-te-leva-a-presença-de-deus - ligação-com-o-divino – divino - trindade-divina - confiança-em-deus
Desconhecido	Desconhecido
Devoção	devoção
Disposição	disposição
Doutrina	doutrina
Dor	dor
Elo-corrente	Elo-corrente
Emoções	Emoções - estabilidade-emocional - inteligência-emocional – emocional - sentimento
Empatia	Empatia - se-colocar-no-outro
Energia	Energia - energia-positiva
Enfrentamento	enfrentamento
Engano	engano
Entendimento	entendimento
Escolha	escolha
Esperança	Esperança - alento
Espírito	espírito

Espírito-santo	Espírito-santo
Espiritualidade	Espiritualidade
Essência	Essência - essência-da-pessoa - essência-da-matéria
Estudo	Estudo - estudos
Evolução	Evolução – evolução espiritual
Existência	existência
Explica-maior-parte-das-coisas	explica-maior-parte-das-coisas
Facilidade	facilidade
Família	Família - mãe
Força	Força - força-motivadora-para-pacientes e funcionários - força-motora – fortalecimento - forte
Forma-de-vida	forma-de-vida
Formação	formação
Fraternidade	Fraternidade – irmão -
Fuga	fuga
Fundamental	fundamental
Generosidade	generosidade
Gratidão	Gratidão – agradecimento - Gratidão-lealdade
Guia	guia
Harmonia	Harmonia - equilíbrio
Humanidade	humanidade
Humildade	humildade
Igreja	igreja
Igualdade	igualdade
Imortalidade	imortalidade
Infância	infância
Indefinição	indefinição
Individual	Individual - renovação-individual - relação-da-pessoa-com-si-mesma – é-pessoal - vivência-pessoal
individualidade	Individualidade
Inteligência-espiritual	Inteligência-espiritual
Interação-biopsicossocial	interação-biopsicossocial
Interesse	interesse
Lar	lar
Leitura	leitura
Leveza	leveza
Liberdade	liberdade
Libertação	libertação
Luz	luz
Mal	mal
Maturidade-de-vida	maturidade-de-vida
Medo	medo
Melhorar-a-sociedade	melhorar-a-sociedade
Mentor-espiritual	Mentor-espiritual
Meta	Meta - metas
Missa	missa

Motivação	motivação
Morte	morte
Mundo-espiritual	Mundo-espiritual
Não-é-dissociável-do-físico	não-é-dissociável-do-físico
Necessidade	Necessidade – necessidade humana
Nossa-senhora-aparecida	nossa-senhora-aparecida
Oração	Oração - reza
Paciência	paciência
Paz	Paz – paz-interior – paz-de-espírito - calma
Para-o-outro	para-o-outro
Pessoas	Pessoas
Pé-no-chão	pé-no-chão
Percepção	percepção
Perseverança	perseverança
Planeta-terra	Planeta-terra
Poder	poder
Ponte-entre-tudo-que-queremos-que-se-eternize	ponte-entre-tudo-que-queremos-que-se-eternize
Positividade	positividade
Prática-religiosa	Prática – prática-religiosa
Profissional-de-saúde	profissional-de-saúde
Promover-melhora	maneira-que-as-pessoas-tem-de-melhorarem-promover-a-melhora-a-outrem - contribui-para-recuperação do paciente
Rede-comunitária	rede-comunitária
Reencarnação	Reencarnação
Reflexão	reflexão
Refúgio	refúgio
Relação-de-trabalho	relação-de-trabalho
Religião	religião
Religiosidade	Religiosidade
Resgate	resgate
Resignação	resignação
Respeito	Respeito - respeitar-a-religião-de-cada-um - respeitar-ao-próximo
Roça	roça
Santidade	santidade
Saber-conviver-amar	saber-conviver-amar
Saúde-mental	saúde-mental
Segurança	Segurança - proteção
Sensibilidade	sensibilidade
Ser-superior	ser-superior – um-ser-superior
Seres-humanos	ser-humano-eu – homem - importante-para-todos-os-seres-humanos
Simbologia-religiosa	Simbologia-religiosa
Sufrimento	sofrimento
Solidariedade	solidariedade
Socorro-espiritual	Socorro-espiritual
Sublimação	sublimação

Superação	superação
Suporte	suporte
Tem-seu-valor-na-doença	tem-seu-valor-na-doença
Tem-como-verdade	tem-como-verdade
Ter-fé	Fé - fé-em-alguma-coisa - uso-da-fé-no-dia-a-dia
ter-uma-explicação-para-as-coisas	ter-uma-explicação-para-as-coisas
Tolerância	tolerância
Tranquilidade	tranquilidade
Transcendência	transcendência
trazer-a-felicidade	trazer-a-felicidade-para-o-indivíduo-e-sociedade-independente-de-filosofia-religiosa
Noção-de-totalidade	um-todo-uma-noção-de-totalidade
União	união
Universo	universo
Ver-o-outro-como-a-si-mesmo	ver-o-outro-como-a-si-mesmo
Vida	Vida – modo-de-vida – sentido-de-vida
Visão-de-mundo	Visão-de-mundo
Viver-livre	viver-livre
Vivência	vivência

APENDICE B – Tabulação dos dados para CPB

[illegible]

APENDICE C – Cálculo das respostas para CPB

Nº questionário	Acreditar	Deus	Paz	Fé	Jesus	Oração	Religião	Amor	Caridade	Conforto	Esperança	Força	Sexo	Mais característico						
														Menos característico	Não escolhido	o	Total			
1	1	1	0	1	-1	-1	-1	0	0	1	1	0	Feminino			Acreditar	10	9	11	30
2	0	1	1	1	0	1	-1	-1	0	-1	-1	0	Feminino			Deus	4	4	22	30
3	0	1	0	1	1	1	-1	0	-1	-1	0	-1	Feminino			Paz	7	17	6	30
4	1	1	1	0	0	-1	-1	0	0	1	-1	1	Masculino			Fé	1	9	20	30
5	1	1	0	1	0	-1	0	-1	-1	1	0	-1	Masculino			Jesus	2	14	14	30
6	-1	1	0	1	1	1	-1	0	0	-1	0	-1	Masculino			Oração	5	13	12	30
7	-1	1	1	0	1	1	0	0	-1	-1	0	-1	Masculino			Religião	19	10	1	30
8	0	1	0	1	1	1	-1	0	-1	-1	-1	0	Masculino			Amor	5	20	5	30
9	1	1	0	1	0	1	-1	0	-1	-1	0	-1	Masculino			Caridade	15	9	6	30
10	-1	1	-1	0	1	0	0	1	1	-1	1	-1	Feminino			Conforto	17	5	8	30
11	0	1	-1	0	1	0	1	-1	0	-1	1	-1	Feminino			Esperança	12	7	11	30
12	1	1	-1	1	0	0	0	0	-1	-1	1	-1	Feminino			Força	23	4	3	30
13	-1	1	0	1	1	0	-1	1	0	-1	0	-1	Feminino							
14	-1	1	-1	0	1	1	0	0	1	0	-1	-1	Feminino							
15	1	1	0	1	0	0	-1	0	1	-1	1	-1	Masculino							
16	-1	1	1	1	0	0	0	1	-1	-1	1	-1	Feminino			Total	120	121	119	
17	1	1	0	1	0	0	-1	0	1	-1	-1	-1	Masculino							
18	-1	1	-1	1	0	1	0	0	-1	1	1	-1	Feminino			mais características= 1				
19	1	1	-1	1	0	0	-1	0	0	-1	1	-1	Feminino			menos características= -1				
20	1	1	0	1	-1	-1	-1	0	1	0	1	0	Masculino			restantes= 0				
21	0	1	0	1	1	1	-1	0	-1	0	-1	-1	Feminino							
22	0	1	1	0	1	0	-1	0	0	-1	1	-1	Feminino							
23	-1	1	0	-1	0	0	-1	-1	1	1	1	1	Feminino							
24	0	1	0	0	0	-1	-1	1	0	1	-1	-1	Feminino							
25	1	1	0	1	0	0	-1	1	0	-1	-1	-1	Feminino							
26	1	1	0	1	1	0	-1	0	-1	0	-1	-1	Feminino							
27	-1	1	0	1	1	1	0	0	-1	0	-1	-1	Masculino							
28	0	1	0	1	1	1	-1	0	-1	-1	0	-1	Feminino							
29	-1	1	-1	0	0	-1	0	0	-1	1	1	1	Masculino							
30	0	1	1	0	1	1	0	-1	-1	-1	-1	-1	Masculino							

APENDICE D – Planilha das relações de similitude CPB

[illegible]

APENDICE E – Tabulação dos dados para MEC

	Nº DO QUESTIONÁRIO/QUESTOES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	1	1	1	-1	0	-1	-1	-1	0	-1	1	1	1
	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	3	1	1	-1	-1	-1	1	-1	-1	0	0	1	-1
	4	-1	-1	-1	0	-1	-1	-1	1	0	0	0	-1
	5	0	1	1	1	1	-1	-1	1	-1	1	1	0
	6	1	1	1	0	1	1	-1	1	0	-1	1	-1
	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	8	1	1	1	1	1	1	-1	1	0	1	1	1
LEGENDA	9	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	1	-1	1	1	1
SIM= -1	10	-1	0	-1	0	-1	1	1	1	1	0	1	0
TALVEZ=0	11	1	1	-1	1	-1	1	1	-1	-1	-1	1	0
NÃO= 1	12	1	1	-1	0	-1	-1	-1	1	0	0	1	1
	13	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1	0	0	0	0
	14	1	-1	-1	-1	-1	1	-1	1	1	0	0	0
	15	1	1	-1	0	-1	-1	-1	0	1	-1	1	0
	16	-1	1	-1	1	-1	-1	-1	1	0	-1	1	1
	17	-1	-1	1	1	-1	1	-1	1	1	-1	-1	1
	18	-1	1	1	-1	-1	1	-1	-1	-1	1	1	-1
	19	1	1	1	1	1	-1	-1	1	1	-1	1	1
	20	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	1	1	1
	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	22	1	-1	1	1	-1	-1	-1	1	-1	1	1	0
	23	1	-1	1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	1	1	1
	24	1	1	-1	1	-1	-1	-1	1	1	1	1	-1
	25	1	1	1	1	1	0	-1	1	1	0	1	1
	26	1	1	1	0	0	1	-1	1	0	-1	1	0
	27	1	1	1	1	1	-1	-1	1	-1	1	1	1
	28	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	1	-1
	29	1	1	1	-1	0	0	0	-1	-1	0	0	0
	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Soma das respostas NÃO	21	22	17	16	11	15	6	22	12	14	25	15
	Soma das respostas TALVEZ	1	1	0	7	2	2	1	2	8	8	4	9
	Soma das respostas SIM	8	7	13	7	17	13	23	6	10	8	1	6

	1. acreditar	2. fé	3. Deus	4. paz	5. Jesus	6. oração	7. religião	8. amor	9. caridade	10. conforto	11. esperança	12. força
Porcentagem NÃO	70,00%	73,33%	56,70%	53,33%	36,70%	50,00%	20,00%	73,33%	40,00%	46,70%	83,33%	50,00%
Porcentagem TALVEZ	3,33%	3,33%	0,00%	23,33%	6,70%	6,70%	3,33%	6,70%	26,70%	26,70%	13,33%	30,00%
Porcentagem SIM	26,70%	23,33%	43,33%	23,33%	56,70%	43,33%	76,70%	20,00%	33,33%	26,70%	3,33%	20,00%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Acima de 70%	acreditar	fé						amor			esperança	
Acima de 75%		fé									esperança	
Li no livro "Les représentations sociales: Théories, méthodes et applications" que são os resultados duplo negativos acima de 75%											esperança	
Acima de 83,3% ^{3*}											esperança	

APENDICE F – Resultados MEC espiritualidade

MEC												
ESPIRITUALIDADE												
QUESTOES N=30	1. acreditar	2. fé	3. Deus	4. paz	5. Jesus	6. oração	7. religião	8. amor	9. caridade	10. conforto	11. esperança	12. força
Soma das respostas NÃO	21	22	17	16	11	15	6	22	12	14	25	15
Soma das respostas TALVEZ	1	1	0	6	2	2	1	2	8	8	4	9
Soma das respostas SIM	8	7	13	7	17	13	23	6	10	8	1	6
	1. acreditar	2. fé	3. Deus	4. paz	5. Jesus	6. oração	7. religião	8. amor	9. caridade	10. conforto	11. esperança	12. força
Porcentagem NÃO	70,00%	73,33%	56,70%	53,33%	36,70%	50,00%	20,00%	73,33%	40,00%	46,70%	83,33%	50,00%
Porcentagem TALVEZ	3,33%	3,33%	0,00%	23,33%	6,70%	6,70%	3,33%	6,70%	26,70%	26,70%	13,33%	30,00%
Porcentagem SIM	26,70%	23,33%	43,33%	23,33%	56,70%	43,33%	76,70%	20,00%	33,33%	26,70%	3,33%	20,00%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Acima de 70%	acreditar	fé						amor			esperança	
Acima de 75%											esperança	
Acima de 83,3%*												
Elementos apresentados	Mais Característico		Não escolhido		Menos Característico		Total					
	f	%	f	%	f	%	f	%				
1. acreditar	21	70,00%	1	3,33%	8	26,70%	30	100				
2. fé	22	73,33%	1	3,33%	7	23,33%	30	100				
3. Deus	17	56,70%	0	0,00%	13	43,33%	30	100				
4. paz	16	53,33%	6	23,33%	7	23,33%	30	100				
5. Jesus	11	36,70%	2	6,70%	17	56,70%	30	100				
6. oração	15	50,00%	2	6,70%	13	43,33%	30	100				
7. religião	6	20,00%	1	3,33%	23	76,70%	30	100				
8. amor	22	73,33%	2	6,70%	6	20,00%	30	100				
9. caridade	12	40,00%	8	26,70%	10	33,33%	30	100				
10. conforto	14	46,70%	8	26,70%	8	26,70%	30	100				
11. esperança	25	83,33%	4	13,00%	1	3,33%	30	100				
12. força	15	50,00%	9	30,00%	6	20,00%	30	100				

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto Principal: A Espiritualidade e a Religiosidade em pessoas que vivem com HIV/Aids e suas interfaces com as Representações da Síndrome: construções simbólicas, práticas sociais e cuidado de enfermagem.

Após a leitura deste documento, das explicações sobre o Projeto Institucional de pesquisa intitulada: *A Espiritualidade e a Religiosidade em pessoas que vivem com HIV/Aids e suas interfaces com as Representações da Síndrome: construções simbólicas, práticas sociais e cuidado de enfermagem* e da compreensão que obtive sobre o **objeto de estudo**: a espiritualidade dos enfermeiros que cuidam de pessoas vivendo com HIV/Aids, estou de **pleno acordo** em **participar** deste estudo respondendo as questões propostas, bem como em autorizar que os dados fornecidos no depoimento sejam apresentados em estudos de cunho científico subsequentes.

Estou ciente e de acordo que:

- 1- Posso desistir da participação em qualquer fase do estudo;
- 2- Não terei nenhuma despesa financeira na participação;
- 3- Serei orientado sempre que tiver qualquer dúvida;
- 4- Não serei obrigado a qualquer tipo de procedimento, além da entrevista;
- 5- Tenho o direito de rever, corrigir e alterar o texto de entrevista concedida em qualquer momento;
- 6- Estou resguardado quanto ao anonimato;
- 7- Os dados da entrevista serão apresentados em eventos e periódicos científicos e trabalhado por alunos de diferentes níveis de formação e outros pesquisadores;
- 8- Estou resguardado de quaisquer riscos e ônus.

EM CONFORMIDADE COM O EXPOSTO, DECLARO ESTAR CIENTE E ESCLARECIDO QUANTO A MINHA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE ESTUDO, BEM COMO COM A LIBERDADE EM ASSINAR, JUNTAMENTE COM A RESPONSÁVEL PELO ESTUDO ESTE TERMO DE CONSENTIMENTO.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2019

Participante do estudo

Pesquisador

Programa de Pós Graduação em Enfermagem
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Tel- 21- 98181-9606

ANEXO B – Questionário de Caracterização Socioeconômica

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Título da Pesquisa:

Representações sociais da espiritualidade: um estudo com enfermeiros que assistem pessoas vivendo com HIV

Sub-projeto: ☐ Rio de Janeiro.

Instituição: _____

☐ Região dos Lagos.

Cidade: _____ Instituição: _____

☐ Sul-Fluminense.

Cidade: _____ Instituição: _____

1. Identificação

Questionário nº _____ Data: ____/____/____

Sexo: F ☐ M ☐ Idade: _____

2. Dados sociais

Situação de moradia: ☐ Mora sozinho ☐ Mora com amigos ☐ Mora com a família ☐ Mora em habitação coletiva. Qual? _____

Estado conjugal e marital atual:

☐ solteiro(a)/ não possui namorada(o) ou companheira(o)

☐ casado(a)/vive com companheira(o)/união estável

☐ possui companheira(o) fixa(o), mas não vive com ela(e)

☐ Viúvo (a)

Filhos: ☐ Não ☐ Sim. Quantos? _____

Escolaridade:

☐ Primeiro segmento do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano)

☐ Segundo segmento do Ensino Fundamental (6º ao 9º ano)

☐ Fundamental completo e Médio incompleto ☐ Especialização

☐ Médio completo e Superior incompleto ☐ Mestrado/Doutorado

☐ Superior completo ☐ Outros. Qual? _____

Profissão: _____

Atuação Profissional atual: _____

Situação no trabalho:

- ☐ Trabalha com registro em carteira ☐ Aposentado
☐ funcionário público ☐ Desempregado
☐ Trabalho informal ☐ Afastamento com pensão
☐ "Faz bicos" (trabalhos eventuais) ☐ Outros. Qual? _____

Religião:

- ☐ Sem religião Se não possui religião, acredita em Deus: ☐ Sim ☐ Não
☐ Católica
☐ Espírita, especificar: ☐ Kardecista ☐ Umbanda ☐ Candomblé
☐ Evangélica, denominação: _____
☐ Outra religião, especificar: _____
☐ Em caso de outra prática religiosa além da especificada acima, especificar:

Participação em atividades religiosas:

- Antes do diagnóstico ☐ Sim
 Mais do que uma vez por semana ☐
 Uma vez por semana ☐
 Duas a três vezes por mês ☐
 Algumas vezes por ano ☐
 Uma vez por ano ou menos ☐
 ☐ Não

- Depois do diagnóstico ☐ Sim
 Mais do que uma vez por semana ☐
 Uma vez por semana ☐
 Duas a três vezes por mês ☐
 Algumas vezes por ano ☐
 Uma vez por ano ou menos ☐
 ☐ Não

Principais fontes de acesso à informação sobre HIV/Aids (marcar as 3 principais ordenando, de 1 a 3, por maior frequência de acesso):

- | | |
|--|--|
| ☐ televisão | ☐ rádio |
| ☐ bula de medicação | ☐ panfletos/ folders/ cartazes |
| ☐ livros em geral | ☐ livros científicos |
| ☐ revistas em geral | ☐ jornal |
| ☐ sítios em geral na internet | ☐ cursos |
| ☐ conversas no cotidiano | ☐ serviço de saúde. Qual? _____ |
| ☐ outra: _____ | |

3. Diagnóstico e terapia

Tempo de diagnóstico: _____ Número de internações: _____

Tempo de atendimento na unidade: _____ meses

Uso de antirretrovirais: ☐ Sim ☐ Não

Tempo de utilização dos antirretrovirais _____ meses

Mudança terapêutica: ☐ Não ☐ Sim. Quantas vezes? _____

Orientação sexual (*Perguntar no fim da entrevista*):

☐ homossexual ☐ heterossexual ☐ bissexual

ANEXO C – Instrumento para a coleta de evocações livres

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES E ESCALA DE
ESPIRITUALIDADE**

Título da Pesquisa:

A Espiritualidade e a Religiosidade em pessoas que vivem com HIV/Aids e suas interfaces com as Representações da Síndrome: construções simbólicas, práticas sociais e cuidado de enfermagem

Instrumento nº _____

Data: ____/____/____

Deverá ter o número do questionário de caracterização correspondente

1. COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES

1.1 Evocação de Espiritualidade

O participante do estudo deverá ser orientado a fornecer cinco palavras que lhes vêm imediatamente à mente em relação à seguinte expressão indutora: **Espiritualidade**. O registro das respostas deverá ser feito pelo entrevistador no quadro abaixo, respeitando a ordem em que tenham sido evocadas. Após as evocações, solicitar que o sujeito diga se a palavra é neutra, positiva ou negativa;

Ordem	Evocação	+, - ou +/-
1		
2		
3		
4		
5		

Após as evocações, adotar os seguintes procedimentos:

- 1- solicitar ao participante que justifique cada palavra evocada;
- 2- registrar as justificativas com o uso do gravador.

ANEXO D – Questionário de *Choix-par-Bloc*

TERMO INDUTOR ESPIRITUALIDADE

Escolha, a seguir, 4 palavras que, na sua opinião, são mais características da **ESPIRITUALIDADE**, 4 que sejam menos características e 4 neutras.

PALAVRAS PRESENTES NO QUADRO DE QUATRO CASAS

1-ACREDITAR

2-DEUS

3-PAZ

4-TER-FÉ

5-JESUS

6-ORAÇÃO

7-RELIGIÃO

8-AMOR

9-CARIDADE

10-CONFORTO

11-ESPERANÇA

12-FORÇA

AS QUATRO PALAVRAS MAIS CARACTERÍSTICAS DA ESPIRITUALIDADE:

1.

2.

3.

4.

AS QUATRO PALAVRAS MENOS CARACTERÍSTICAS DA ESPIRITUALIDADE:

5.

6.

7.

8.

AS QUATRO PALAVRAS RESTANTES:

1.

2.

3.

4.

ANEXO E - Coleta de *mise-en-cause*

Marque um “X” segundo a resposta dos sujeitos.

SOBRE A ESPIRITUALIDADE:

1. Pode haver espiritualidade sem acreditar?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

2. Pode haver espiritualidade sem ter-fé?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

3. Pode haver espiritualidade sem Deus?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

4. Pode haver espiritualidade sem Paz?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

5. Pode haver espiritualidade sem Jesus?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

6. Pode haver espiritualidade sem Oração?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

7. Pode haver espiritualidade sem Religião?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

8. Pode haver espiritualidade sem Amor?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

9. Pode haver espiritualidade sem Caridade?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

10. Pode haver espiritualidade sem Conforto?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

11. Pode haver espiritualidade sem Esperança?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

12. Pode haver espiritualidade sem Força?

Sim	Talvez	Não
-----	--------	-----

ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Espiritualidade e a Religiosidade em pessoas que vivem com HIV/Aids e suas Interfaces com as Representações da Síndrome: construções simbólicas, práticas sociais e cuidado de enfermagem

Pesquisador: CAREN CAMARGO DO ESPÍRITO SANTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31448714.0.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 699.220

Data da Relatoria: 26/06/2014

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem como objeto de estudo a espiritualidade e a religiosidade de pessoas que vivem com o HIV/Aids.

Este estudo será fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), conforme proposta por Serge Moscovici, em 1961, no contexto da Psicologia Social, uma vez que as vivências da doença e as informações circulantes acerca desta definem construções mentais que são compartilhadas pelo grupo social em questão.

A representação social é caracterizada pelo conhecimento do senso comum que orienta as decisões, os pensamentos e as atitudes dos grupos e das pessoas em seu cotidiano. A Teoria das Representações Sociais tem sido muito utilizada para tentar explicar a problemática social da aids, especialmente por sua capacidade de fornecer sentido para um fenômeno como o adoecimento, orientando suas condutas a partir das representações que construíram sobre as doenças que possuem. Isto acontece porque essas representações sociais se inserem no quadro da experiência humana que possui uma série de significados. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e de caráter exploratório visto que não existem muitos estudos atuais com o tema Espiritualidade, religiosidade e HIV/Aids.

Este estudo será realizado em um ambulatório ligado a um hospital municipal localizado no

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 096.220

município do Rio de Janeiro, considerado como sendo de referência para o atendimento às pessoas que vivem com o HIV/Aids.

Participantes da pesquisa: para a utilização da abordagem processual participarão deste estudo 180 pessoas que vivem com o HIV/Aids, sendo 40 sujeitos da religião católica, 20 da protestante, 20 da evangélica, 20 da espírita kardecista, 20 da espírita umbandista, 20 da espírita candomblecista e 40 sem religião. Esta escolha é para apreender as diversas manifestações de espiritualidade nas diferentes religiões ou mesmo no caso de não adesão a uma delas. A distribuição dos sujeitos seguiu o critério de equilíbrio numérico entre as diferentes matrizes religiosas, quais sejam, a católica romana, a protestante-evangélica, a espírita e a não adesão religiosa, ao mesmo tempo em que se procurou a apreensão de singularidades internas, como a delimitação de grupos específicos para os cristãos que se definem como tributários da Reforma Protestante e para os principais ramos do espiritismo atualmente presentes no Brasil. Já para a abordagem estrutural, participarão 280 pessoas que convivem com o HIV/aids, sendo 40 para cada grupo exposto no parágrafo anterior.

Critério de Inclusão: Para critérios de Inclusão foram escolhidos: Indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, fazer uso do esquema antirretroviral, no mínimo, 1 ano de diagnóstico e 1 ano de atendimento em um dos cenários da presente pesquisa.

Coleta de dados: será realizada em duas fases, a partir de duas técnicas, quais sejam, a evocação ou associação livre de palavras e a entrevista em profundidade. Como consequência, será desenvolvida a partir de dois instrumentos: questionário de caracterização sócio-econômica; e, coleta de evocações livres e um roteiro temático de entrevista.

O questionário de caracterização dos participantes da pesquisa se constituirá de questões voltadas para o levantamento sociodemográfico, além daquelas específicas à prática de espiritualidade e de religiosidade.

O roteiro de entrevista, no caso da presente pesquisa, se caracterizará por estar organizado em blocos de temáticas que serão desenvolvidos em forma de diálogo com os entrevistados. O primeiro bloco refere-se à espiritualidade e suas expressões e representações antes do diagnóstico, durante o processo de investigação diagnóstica, no cotidiano de convivência com a síndrome e no processo de adesão ao tratamento e à terapêutica medicamentosa; o segundo, a religiosidade nos mesmos contextos citados com relação à espiritualidade; o terceiro, representações sociais da aids; e o quarto, representações sociais do paciente com aids. a técnica de evocações livres será adotada como complementar, a fim de identificar como os elementos de espiritualidade e religiosidade estão organizados e

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

estruturados na representação da aids e do viver com a síndrome. Cabe ressaltar que a evocação livre se adequa à teoria do núcleo central das

representações sociais em sua abordagem estrutural, que se constitui como a base teórica para a análise dos dados obtidos. Sendo assim, será solicitado que o participante da pesquisa cite cinco palavras ou expressões que venham imediatamente à cabeça após contato com o termo indutor, neste caso, "Aids", "Espiritualidade no Viver com HIV/Aids" e "Religião e HIV/Aids".

A análise dos dados será realizada em duas etapas: a primeira relacionada à caracterização dos sujeitos e ao material oriundo das evocações livres; a segunda, concernente ao material discursivo produzido pelas entrevistas.

A análise da caracterização dos sujeitos se constituirá no contexto de produção do discurso, aprofundando variáveis que possam apresentar diferenças na apreensão simbólica do objeto ou influenciar em sua abordagem discursiva. O tratamento e a análise dos dados obedecerão às recomendações da estatística descritiva de modo que se possa visualizar, de maneira rápida e fácil, as categorias de variável que mais caracterizam os sujeitos.

Para o tratamento dos dados coletados através de evocações livres será utilizado o software denominado EVOC - versão 2005 - (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations) que possibilita efetuar a organização dos termos produzidos em função da hierarquia subjacente à frequência e à ordem de evocação e favorece a construção do quadro de quatro casas. Para a utilização do software, será realizado previamente o preparo do material com a criação de colunas contendo a indicação de variáveis de identificação e caracterização dos sujeitos, registrados com algarismos arábicos, e a sequência das palavras, na ordem em que foram evocadas. A técnica de análise dos dados obtidos através das entrevistas será a análise lexical, através do software ALCESTE 4.7, que realiza a identificação dos conteúdos presentes em um conjunto de textos a partir de técnicas de estatística textual.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a espiritualidade e a religiosidade de pessoas que vivem com o HIV/Aids no processo de descoberta diagnóstica, da vivência cotidiana e de adesão ao tratamento.

Objetivo Secundário:

- 1) Caracterizar as expressões de espiritualidade antes do diagnóstico de soropositividade, no decorrer do processo de descoberta diagnóstica, na convivência diária com a síndrome e na adesão à terapia antirretroviral;
- 2) Caracterizar as expressões de religiosidade antes do diagnóstico de soropositividade, no

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 099.220

decorrer do processo de descoberta diagnóstica, na convivência diária com a síndrome e na adesão à terapia antiretroviral;

3) Descrever os conteúdos e a estrutura das representações sociais da aids a partir dos pressupostos teóricos das abordagens processuais e estruturais da Teoria das representações Sociais;

4) Discutir a espiritualidade e a religiosidade e suas expressões nos quatro momentos enfrentados pelos sujeitos no que tange à aids (antes do diagnóstico, no processo diagnóstico, na convivência diária e na adesão à terapia);

5) Analisar as relações mútuas entre as representações sociais da aids para os sujeitos que convivem com a síndrome e a espiritualidade e religiosidade desenvolvidas pelos mesmos em seus cotidianos;

6) Analisar o cuidado de enfermagem como um espaço/tempo que estimule o desenvolvimento da espiritualidade, permita o exercício da religiosidade e se constitua como facilitador da construção de sentidos de vida no contexto do HIV/Aids.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não possui riscos nem benefícios diretos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto de Pesquisa encontra-se bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para junho de 2015. A COEP deverá ser

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 696.220

Informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

RIO DE JANEIRO, 26 de Junho de 2014

Assinado por:
Patrícia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 5ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: efica@uerj.br