



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Leandra da Silva Paes

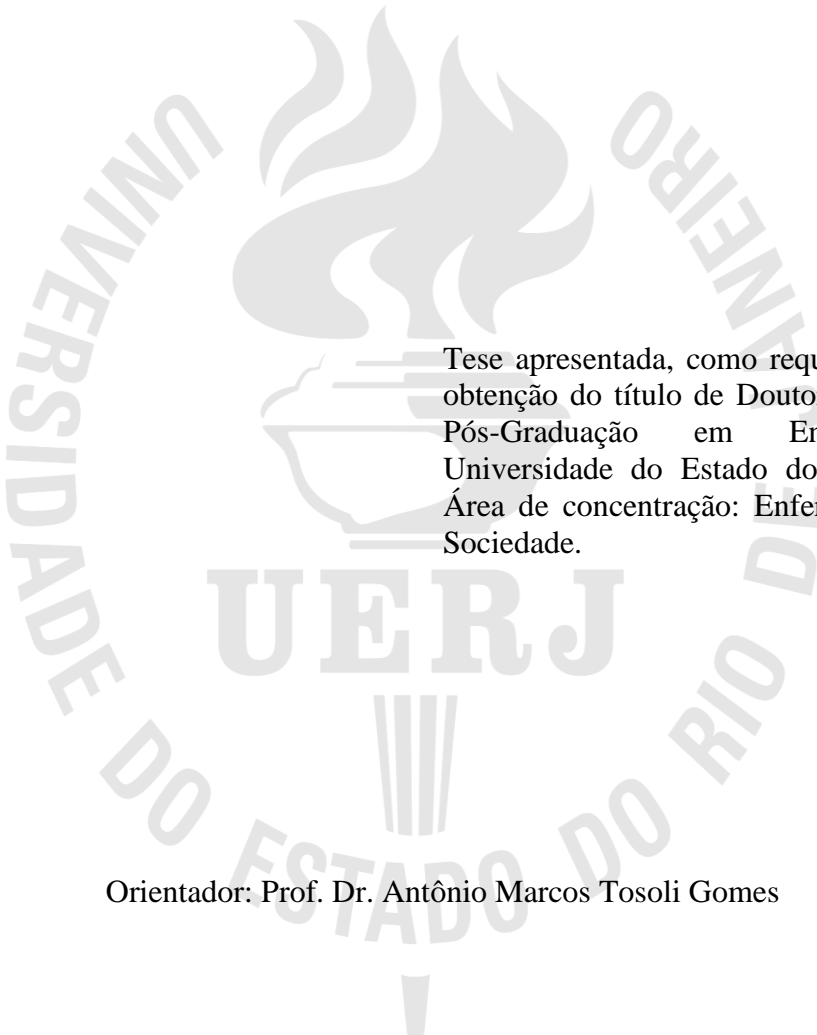
**O HIV/AIDS e a pessoa que vive com HIV/AIDS: um estudo de
representações sociais com diferentes grupos religiosos**

Rio de Janeiro

2023

Leandra da Silva Paes

**O HIV/AIDS e a pessoa que vive com HIV/AIDS: um estudo de representações sociais
com diferentes grupos religiosos**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor 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. Antônio Marcos Tosoli Gomes

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

P126 Paes, Leandra da Silva.
O HIV/AIDS e a pessoa que vive com HIV/AIDS : um estudo de representações sociais / Leandra da Silva Paes. - 2023.
168 f.

Orientador: Antonio Marcos Tosoli Gomes.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. AIDS (Doença). 2. HIV (Vírus). 3. Representações sociais. 4. Religiosos. I. Gomes, Antonio Marcos Tosoli. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

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

Assinatura

Data

Leandra da Silva Paes

**O HIV/AIDS e a pessoa que vive com HIV/AIDS: um estudo de representações sociais
com diferentes grupos religiosos**

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

Aprovada em 10 de novembro de 2023

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes (Orientador)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Rafael Moura Coelho Pecly Wolter

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Denis Giovani Monteiro Naiff

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Álvaro Rafael Santana Peixoto

Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Sérgio Correa Marques

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

A Deus, que nunca me desamparou e me trouxe sustento, à minha mãe Neuza Teixeira, ao meu pai Adão de Souza Paes (*in memoriam*), que apesar de não está mais nesse plano, olha por mim de onde estiver; e aos meus filhos Joao Pedro Paes e Maria Luiza Paes. A todos religiosos que responderam voluntariamente da pesquisa contribuindo através de seus relatos, suas alegrias e autenticidade. Gratidão à todos!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua misericórdia comigo, pela sua fonte de força e amparo nos momentos de desespero.

À minha mãe Neuza, que acompanhou todo esse processo e foi meu alicerce tanto emocional, como para o cuidado dos meus filhos, em vários fins de semana que a necessidade me fez ausentar-me.

Ao meu pai Adão, que mesmo com pouco estudo sempre me incentivou a me qualificar e buscar sempre o melhor, acreditando em mim quando nem eu mesmo acreditava.

Ao meu filho, Joao Pedro, meu primogênito que me auxiliou muitas vezes nas tarefas domésticas e me apoiou repassando o instrumento de pesquisa para seus amigos.

À minha filha, Maria Luiza que, com sua alegria e carinho para comigo, refrescou minha mente e me distraiu nos momentos de angústia.

Aos meus irmãos, Leonardo e Viviane, que me auxiliaram na construção e na formatação deste trabalho. A minha irmã Viviane que com maestria me auxiliou nas tabelas e gráficos do excel. A minha prima Beatriz que está começando a trilhar os caminhos da enfermagem e que trouxe tantas palavras de incentivo, fico feliz de poder ser um exemplo mas tendo a certeza que você encontrará outros no seu percurso acadêmico.

Às minhas amigas pessoais e de vida, algumas que conheci no grupo e me auxiliaram na construção da tese: Karen, Virgínia, Clarisse Andreza, Daniele, Luiz, meu muito obrigada. A minha equipe técnica do HUCFF em especial a Luciete e Marília que com sua alegria sempre me motivaram. Às minhas chefias tanto do HUCFF quanto do HUPE que me apoiaram e me liberaram tantas vezes para finalização da tese, Andrea Vieira e Dayse Wassita meu muito obrigada.

Agradeço ao meu orientador Marcos Tosoli, professor, amigo e conselheiro, pelos seus inestimáveis conselhos, apoio contínuo e paciência durante o meu estudo de Doutorado, pela paciência comigo diante das minhas dificuldades, acreditou em meu potencial para o mestrado e continuou me apoiando no doutorado.

Quero estender meus agradecimentos à banca, Prof. Dr. Rafael Moura Coelho Pecly Wolter e Prof. Dr. Gerson Loureiro Pereira, que na pré-banca trouxeram contribuições fundamentais e outro olhar para a minha pesquisa.

Ao Prof. Dr. Álvaro Rafael Santana Peixoto, que aceitou compor a minha banca Final, e pelas contribuições teóricas e metodológicas nessa tese através das aulas ministradas no grupo de pesquisa.

Ao Prof. Dr. Sergio Correa Marques, pelas sugestões e o apoio na escrita da tese, suas contribuições foram fundamentais para construir a pessoa que sou hoje. Gratidão!

Aos professores do PPGEnf/UERJ, que enriqueceram com excelência nas disciplinas ministradas ao decorrer do curso de mestrado e doutorado e que ainda com todos os percalços existentes no panorama político e social, conseguiram ensinar sem prejuízo de conteúdo e sempre da melhor forma.

Aos secretários do PPGEnf/UERJ, por ajudarem pacientemente em todo esse processo.

A medida que concludo essa jornada do doutorado todos que foram mencionados saibam que cada um cooperou para minha evolução pessoal e como pesquisadora e a vocês meus sinceros agradecimentos pela oportunidade do convívio e pela cooperação mútua durante estes anos.

RESUMO

PAES, Leandra da Silva. **O HIV/AIDS e a pessoa que vive com HIV/AIDS**: um estudo de representações sociais com diferentes grupos religiosos. 2023. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O presente estudo tem como objeto a representação social do HIV/Aids e da pessoa que vive com HIV/Aids nos diferentes grupos religiosos seu objetivo geral é analisar as representações sociais do HIV/Aids e PVHA nos diferentes segmentos religiosos. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem mista, com suporte na teoria das representações sociais em suas abordagens estrutural e processual, sendo desenvolvido em duas etapas. A primeira incluiu 521 participantes pertencentes aos 5 principais segmentos religiosos brasileiros segundo o IBGE (católicos, evangélicos, espíritas kardecistas, umbandistas e candomblecistas). Para o acesso aos participantes foi utilizado a técnica *Snowball* (bola de neve), devido ao cenário mundial da pandemia da COVID-19. A primeira fase da coleta utilizou a técnica de TALP com o termo indutor HIV/Aids e PVHA. A segunda incluiu entrevista sobre HIV/Aids e PVHA, com 25 usuários com o mesmo perfil. Foram também aplicados questionários de caracterização dos participantes realizado após uma análise das principais variáveis. Na análise dos dados, utilizou-se a prototípica com o apoio do *software* *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles* (Iramuteq) assim como a similitude por co-ocorrência para as evocações livres. Para o conteúdo das entrevistas foi realizada análise lexical através com o suporte do mesmo *software*. A estrutura da representação do HIV/Aids apresentou os cognemas doença, morte, preconceito, medo e vírus candidatos à centralidade, ao mesmo tempo em que para a análise do termo indutor PVHA os termos tratamento, normal, luta e doente. Na análise processual, emergiram 4 classes. Classe 01: A visão espiritual e religiosa do HIV/Aids e de PVHA para os religiosos de diferentes segmentos, Classe 2: A memória do HIV/Aids e da pessoa que vive com o vírus e suas representações sociais para o grupo religioso, Classe 3: A normalidade do cotidiano após o diagnóstico segundo as comunidades religiosas e Classe 4: A importância da prevenção no combate ao HIV em consonância aos grupos religiosos. Realizando uma análise transversal dos dados empíricos é possível sugerir uma mudança da representação do HIV nos últimos 40 anos, antes pautada por dogmas religiosos e de conduta, atualmente versa acerca do processo saúde-doença própria da síndrome.

Palavras-chave: Representações sociais. HIV/Aids. PVHA.

ABSTRACT

PAES, Leandra da Silva. **HIV/AIDS and people living with HIV/AIDS**: a study of social representations with different religious groups. 2023. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The present study has as its objective the social representation of HIV/Aids and people living with HIV/Aids (PLWHA) in different religious groups. Its general objective is to analyze the social representations of HIV/Aids and PLWHA in different religious segments. This is a descriptive and exploratory study with a mixed approach, supported by the theory of social representations in its structural and procedural approaches, being developed in two stages. The first included 521 participants belonging to the 5 main Brazilian religious segments according to IBGE (Catholics, Evangelicals, Kardecist Spiritists, Umbanda and Candomblecists). To access participants, the Snowball technique was used, due to the global scenario of the COVID-19 pandemic. The first phase of collection used the TALP technique with the inducing term HIV/Aids and PLWHA. The second included an interview about HIV/Aids and PLWHA, with 25 users with the same profile. Participant characterization questionnaires were also administered after an analysis of the main variables. In data analysis, the prototype was used with the support of the software Interface de *R pour les Analyzes Multidimensionnelles (Iramuteq)* as well as similarity by co-occurrence for free evocations. For the content of the interviews, lexical analysis was carried out using the same software. The structure of the representation of HIV/AIDS presented the cognems disease, death, prejudice, fear and viruses as candidates for centrality, at the same time that for the analysis of the inducing term PLWHA the terms treatment, normal, fight and sick. In the procedural analysis, 4 classes emerged. Class 01: The spiritual and religious vision of HIV/Aids and PLWHA for religious people from different segments, Class 2: The memory of HIV/Aids and the person living with the virus and their social representations for the religious group, Class 3 : The normality of daily life after diagnosis according to religious communities and Class 4: The importance of prevention in the fight against HIV in line with religious groups. By carrying out a cross-sectional analysis of the empirical data, it is possible to suggest a change in the representation of HIV in the last 40 years, previously guided by religious and behavioral dogmas, currently dealing with the health-disease process specific to the syndrome.

Keywords: Social Representations. HIV/Aids. PVHA.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Tríade Alter-Ego-Objeto	56
Figura 2 -	Representação esquemática do quadro de quatro casas	69
Figura 3 -	Distribuição dos participantes segundo a variável sexo	76
Figura 4 -	Distribuição dos participantes de acordo com a faixa etária	77
Figura 5 -	Distribuição dos participantes segundo segmento religioso	78
Figura 6 -	Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade	78
Figura 7 -	Distribuição dos participantes de acordo com a questão sobre a religiosidade organizacional da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023	79
Figura 8 -	Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 1 da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023	80
Figura 9 -	Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 2 da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023	80
Figura 10-	Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 3 da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023	81
Figura 11-	Árvore de similitude por coocorrência do termo indutor HIV/Aids para grupos religiosos. Rio de Janeiro, RJ, 2023 (N = 521)	87
Figura 12-	Árvore de similitude por coocorrência do termo indutor pessoas que vivem com HIV/Aids para grupos religiosos. Rio de Janeiro, RJ, 2022 (n = 521)	98
Figura 13-	Dendograma de classificação hierárquica descendente	106
Figura 14-	Apresentação esquemática das categorias e das classes	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quadro de síntese das etapas da pesquisa	74
Quadro 2 -	Religiosidade intrínseca dos participantes (N = 521)	82
Quadro 3 -	Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos religiosos ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. (N = 521) ...	84
Quadro 4 -	Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos católicos ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (N = 108)	88
Quadro 5 -	Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos evangélicos ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (N = 131)	90
Quadro 6 -	Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos espíritas kardecistas ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (N = 100)	91
Quadro 7 -	Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos umbandistas ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (N = 106)	92
Quadro 8 -	Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos candomblecistas ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. (N = 76) .	93
Quadro 9 -	Quadro referente aos núcleos centrais do quadro geral com o termo indutor HIV/Aids e por segmento religioso	94
Quadro 10 -	Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos religiosos ao termo indutor PVHA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. (N = 521)	95
Quadro 11 -	Quadro de 4 casas de PVHA religião católica (N = 108)	99
Quadro 12 -	Quadro de 4 casas evangélicos (N = 131)	99
Quadro 13 -	Quadro de 4 casas religião espírita kardecista. (N = 100)	100
Quadro 14 -	Quadro de 4 casas religião umbanda. (N = 106)	103
Quadro 15 -	Quadro de quatro casas religião candomblé. (N = 76)	104
Quadro 16 -	Quadro referente aos núcleos centrais do quadro geral com o termo indutor PVHA por segmento religioso	105

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
CAAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DUREL	Índice de Religiosidade de Duke
E/R	Espiritualidade e religiosidade
EUA	Estados Unidos da América
EVOC	Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OME	Ordem Média de Evocação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/Aids
QV	Qualidade de Vida
E/R	Espiritualidade e religiosidade
ST	Segmento de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria da Representação Social
UC	Unidade de Contexto
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/Aids
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Instrument

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	18
1.1	Vírus da imunodeficiência humana e síndrome de imunodeficiência humana adquirida no cenário brasileiro	18
1.2	Espiritualidade e religiosidade no contexto da saúde	21
1.3	A pluralidade religiosa no Brasil	26
1.4	Catolicismo e saúde	29
1.5	Evangélicos e saúde	31
1.6	Religiões de matriz africana e saúde	32
1.6.1	<u>Candomblé e saúde</u>	32
1.6.2	<u>Umbanda e saúde</u>	33
1.7	Espiritismo e saúde	34
1.8	O HIV/Aids e as religiões	36
1.8.1	<u>O HIV/Aids e a Igreja Católica</u>	36
1.8.2	<u>O HIV/Aids e os evangélicos</u>	38
1.8.3	<u>O HIV/Aids e os umbandistas</u>	40
1.8.4	<u>O HIV/Aids e os candomblecistas</u>	41
1.8.5	<u>O HIV/Aids e os espíritas kardecistas</u>	43
1.9	Assistência espiritual na enfermagem	44
2	REFERENCIAL TEÓRICO	49
2.1	Teoria das Representações Sociais	49
2.2	A representação social e suas abordagens processual e de dialogicidade .	54
2.3	A abordagem estrutural das representações sociais	58
3	PERCURSO METODOLÓGICO	64
3.1	Tipo de estudo	64
3.2	Primeira fase: análise prototípica e de similitude por coocorrência	65
3.2.1	<u>Cenário e participantes do estudo</u>	65
3.2.2	<u>Instrumento e coleta de dados</u>	65
3.2.2.1	Primeiro momento: caracterização dos participantes	66
3.2.2.2	Segundo momento: Evocações livres e Escala de Religiosidade	66
3.3	Análise de dados	67
3.3.1	<u>Primeiro momento: Análise da caracterização dos participantes e da Escala de Religiosidade (DUREL)</u>	67

3.3.2	<u>Segundo momento: análise das evocações pelo quadro de quatro casas</u>	68
3.3.3	<u>Terceiro momento: análise de similitude por coocorrência</u>	69
3.4	Segunda Etapa: abordagem processual das representações sociais	71
3.4.1	<u>Cenário, participantes e coleta de dados</u>	71
3.4.2	Análise de dados e análise lexical	72
3.5	Resumo do percurso metodológico realizado	74
3.6	Aspectos éticos da pesquisa	75
4	RESULTADOS	76
4.1	Caracterização dos participantes do estudo	76
4.1.1	<u>Escala de religiosidade</u>	79
5	A ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DO HIV/AIDS E DA PESSOA QUE VIVE COM AIDS NOS SEGMENTOS RELIGIOSOS ...	83
5.1	Análise prototípica das evocações livres e análise de similitude por coocorrência aos termos indutores HIV/Aids	83
5.2	Análise prototípica das evocações livres e análise de similitude por coocorrência ao termo indutor pessoas que vivem com HIV/Aids	95
6	ANÁLISE PROCESSUAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HIV/AIDS E DA PESSOA QUE VIVE COM O VÍRUS	106
6.1	Classe 1: A visão espiritual e religiosa do HIV/Aids e da pessoa que vive com o vírus para os religiosos de diferentes segmentos	107
6.2	Classe 2: A memória do HIV/Aids e da pessoa que vive com o vírus e suas representações sociais para o grupo religioso	114
6.3	Classe 3: A normalidade do cotidiano após o diagnóstico segundo às comunidades religiosas	119
6.4	Classe 4: A importância da prevenção no combate ao HIV em consonância aos grupos religiosos	123
7	ALGUNS APONTAMENTOS TEÓRICOS ACERCA DOS RESULTADOS APRESENTADOS	129
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
	REFERÊNCIAS	137
	APÊNDICE A	159
	APÊNDICE B	160
	ANEXO	168

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta tese de doutorado versa sobre as representações sociais do vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome da imunodeficiência humana adquirida (Aids) e das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) para grupos religiosos. Ela foi desenvolvida em trabalho conjunto dentro do grupo de pesquisa “Espiritualidade e religiosidade no contexto do cuidado de enfermagem e saúde: produção discursiva e representações sociais” (RELIGARES), ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ).

O HIV/Aids tem passado por diversas modificações significativas da sua “configuração” em sua trajetória histórica – de sentença de morte à doença crônica – e ainda permanece responsável por alto índice de óbitos em nível global, por razões como políticas públicas insuficientes, fatores culturais, instabilidade política e pobreza em áreas nas quais a infecção grassa em grandes proporções. A adesão ao tratamento, o bem-estar físico e mental dos diagnosticados e a sua inserção social ficam mais comprometidos com o reforço do estigma. Isso torna evidente que as doenças, morbidades e infecções não se restringem a investigações laboratoriais, ensaios clínicos, protocolos de diagnóstico, inovações terapêuticas e estudos epidemiológicos restritivos (SILVA; CUETO, 2018).

Esse processo de cronificação da síndrome, trouxe não só uma mudança de comportamento para as PVHA, mas também uma resignificação desse novo estado. As pessoas diagnosticadas passaram a buscar normalidade através da medicação, do trabalho, da espiritualidade e da religiosidade (E/R). Os segmentos religiosos passaram a se tornar grupo de apoio para serem acolhidos e ouvidos. Os grupos religiosos se tornam uma segunda família para PVHA, quando não a primeira.

A E/R estão historicamente associadas ao processo de saúde e doença, porém somente nas últimas décadas essa associação tem ganho reconhecimento e valor científico a ponto de se tornarem objeto de estudo, além de serem estimuladas graças aos efeitos benéficos na saúde da população em geral. É notório que a E/R, como uma das características do povo brasileiro no cotidiano, ocorre de forma tão natural que as pessoas transitam em diferentes religiões e crenças, gerando vários sincretismos religiosos.

E/R têm sido estudadas e definidas no campo da antropologia, sociologia e psicologia, devido à sua influência na cultura e práticas da sociedade em geral. Espiritualidade vem do latim *spiritualis* – que significa aquilo que serve para a respiração, sopro ou fôlego. Pode ser compreendida ainda como algo vital, inquestionável, no qual busca significados para as

razões que norteiam a vida, a esperança, ou seja, a espiritualidade expressa a fé a vontade de acreditar em algo. Sendo assim, a espiritualidade traduz a essência a vida, ela contribui para o sentido de vida ao indivíduo, além de promover experiências, sensações e interpretações de diferentes situações em sua vida (SOUZA, 2019).

Religião é um conceito proveniente do latim “*religio*” definida como a crença na existência de forças sobrenaturais, criadoras do universo. Essa crença estabelece dogmas que devem ser assumidos e obedecidos, através da adoção de doutrinas e rituais próprios, envolvendo preceitos morais e éticos. A religião faz sentido e existe onde há uma comunidade, oferecendo aos indivíduos significado da vida para além da realidade terrena e proporcionando explicações para fatos misteriosos da vida como a morte (TAVARES *et al.*, 2016).

Os dados dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que o Brasil está passando por uma grande transformação em seu modelo de filiações religiosas e as novas gerações são mais suscetíveis à migração religiosa, às novas formas de pertencimento e às diferentes experiências religiosas, não necessariamente institucionalizadas. Há um trânsito religioso onde observa-se o declínio do catolicismo, bem como uma ascensão do protestantismo e, mais paulatinamente, das religiões de matriz africana (ALVES *et al.*, 2016).

Essa mudança no panorama religioso brasileiro pode ser atribuída a uma necessidade de buscar por uma religião que se adapte ao estilo de vida e às convicções, bem como evidencia a necessidade de conexão com a espiritualidade através de atividades grupais.

A busca pelo sentido da vida pode ser considerada como uma das razões para o crescente aumento de vertentes religiosas no Brasil. Para melhor compreensão desse evento, foi utilizada a teoria das representações sociais com o intuito de assimilar o pensamento de diferentes grupos religiosos acerca do HIV/Aids. A magnitude do estudo das representações sociais no processo saúde-doença para PVHA em sua E/R ocorre pela memória social e sua relação como um castigo divino, bem como ao estigma e ao preconceito ainda existentes (JODELET, 2001). Além disso, a memória social está presente em grupos religiosos fundamentalistas que acompanharam o surgimento da epidemia, muitas vezes com concepções arcaicas sem fundamentação científica (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Diante dessa pluralidade religiosa brasileira, estudar o pensamento social da população acerca do HIV/Aids e PVHA, se faz necessário a fim de identificar vulnerabilidades associadas a dogmas religiosos, aumentando assim o risco de contaminação devido às ideias

ultrapassadas já contestadas pela ciência, além da possibilidade de vislumbrar o acolhimento realizado à PVHA, e compreender o papel dessa rede de apoio.

O teor sensível das questões relacionadas ao HIV está associado principalmente à sua prevenção, por envolver o uso de preservativos e dizer respeito à sexualidade, questões essas que permanecem sendo um tabu e estão presentes nos dogmas religiosos fundamentalistas. Esses dogmas acabam por propagar informações errôneas e contraditórias, como o questionamento acerca da eficácia do uso de preservativos, levando a comunidade religiosa à vulnerabilidade. A sexualidade é permitida quando praticada dentro de um relacionamento heteronormativo estável, caso contrário, é vista como condenável aos olhos de algumas denominações religiosas. A questão do castigo divino e da promiscuidade ainda estão presentes nos discursos tanto para membros da comunidade religiosa quanto para PVHA dentro da comunidade, como já foi observado nas pesquisas do grupo RELIGARES (NOGUEIRA, 2019; SANTO, 2016; PAES, 2019).

Essa relação entre o HIV/Aids e a religiosidade se torna desarmônica dependendo do segmento religioso em que o indivíduo pertença. Um dos fatores primordiais que se pode atribuir para o atrito é a origem do HIV na década de 1980, quando foi associado à promiscuidade, à homossexualidade e ao uso de drogas. Essa construção simbólica da síndrome ainda permeia os discursos de alguns líderes e membros religiosos e não acompanharam a evolução científica.

Diversas pesquisas com PVHA demonstram que eles consideram importante a religiosidade no processo de aceitação do diagnóstico e da sua ressignificação, além de pertencerem a algum grupo religioso, porém optam por ocultar seu estado sorológico de outros membros da comunidade ou por medo ou vergonha, talvez por essa associação da síndrome com a sexualidade e, por conseguinte, pecado na visão cristã (FRANÇA, 2018; NOGUEIRA, 2019; PAES, 2019). A razão desse ocultamento então está relacionada diretamente a discursos estigmatizantes e preconceituosos associados aos dogmas religiosos disseminados dentro da comunidade religiosa e a condição sorológica positiva relacionado ao preço pago pelo pecado de uma conduta desviante.

Esta pesquisa também possibilitou identificar a presença de diferentes representações do HIV e da PVHA dentro das principais comunidades religiosas brasileiras e foi possível identificar proximidades entre elas.

Os objetos deste estudo foram o HIV/Aids e as PVHA e suas representações sociais nos diferentes segmentos religiosos, como os católicos, evangélicos, espíritas (kardecistas), umbandistas e candomblecistas, e o objetivo geral foi analisar as representações sociais do

HIV/Aids e PVHA nos diferentes segmentos religiosos. Os grupos foram escolhidos conforme o último censo demográfico do país devido ao maior número de religiosos (IBGE, 2010).

Para este estudo, temos as questões norteadoras a seguir:

- Como é a construção da representação social do grupo acerca do HIV/Aids e da pessoa que vive com HIV/Aids considerando os diferentes segmentos religiosos?
- Qual a correlação entre as representações sociais do HIV/Aids e da pessoa que vive com HIV/Aids com a religião?
- Como essas representações sociais do HIV/Aids e da pessoa que vive com HIV/Aids podem se correlacionar com cada segmento religioso?

Para alcançar o objeto de estudo proposto, foram traçados os seguintes objetivos secundários:

- a) identificar a estrutura das representações sociais acerca do HIV/Aids para diferentes grupos religiosos
- b) identificar a estrutura das representações sociais acerca da pessoa que vive com HIV/Aids para diferentes grupos religiosos,
- c) discutir as representações sociais do HIV/Aids e da pessoa que vive com HIV/Aids e sua relação com os dogmas, preceitos, ou orientações religiosas de cada grupo estudado; e
- d) analisar as representações sociais do HIV/Aids e da pessoa que vive com HIV/Aids e sua contribuição para um modelo de cuidado de enfermagem.

O estudo se caracteriza como relevante, pois, apesar do HIV/Aids ser uma síndrome conhecida mundialmente há 4 décadas, há poucos estudos que contemplem o posicionamento das diferentes matrizes religiosas frente ao HIV em si e as PVHA. A questão religiosa na saúde foi negligenciada por longos períodos, porém, na última década, têm surgido cada vez mais estudos acerca da influência da R/E com desfechos positivos no enfrentamento e adesão a tratamentos. Partindo dessas primícias, retornamos a questão do HIV, que saiu do status de doença incurável para o de síndrome crônica, em que é possível seguir com o tratamento sem abandonar as atividades diárias, inclusive a participação em comunidades religiosas.

Neste estudo, vislumbra-se a possibilidade de detalhar como a comunidade religiosa pode atuar como um ambiente acolhedor e esclarecedor das questões envolvendo o HIV, atuando na prevenção e propagação do vírus, além de levantar as vulnerabilidades existentes em cada segmento decorrente de discursos religiosos com informações ultrapassadas já condenadas pela ciência.

Por fim, ressaltamos a contribuição deste estudo para a enfermagem, área de saber e de prática profissional que reconhece a importância da dimensão espiritual e religiosa e sua influência para o enfrentamento da síndrome como parte do seu cuidado específico. Elucidar as diferentes representações do HIV/Aids permitiu clarificar desafios e facilidades para implementação de medidas preventivas na disseminação do vírus e criando uma abordagem diferenciada para cada grupo.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Vírus da imunodeficiência humana e síndrome de imunodeficiência humana adquirida no cenário brasileiro

O HIV/Aids surgiu no Brasil no início dos anos 1980 e, mesmo após 30 anos da descoberta do vírus e da fisiopatologia da síndrome, o seu diagnóstico continua cercado de medos, inseguranças e estigmas, alimentados pela memória social do início da pandemia, somados com a falta de informação e preconceitos que ainda circulam na sociedade.

De 2007 até junho de 2022, foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 434.803 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 183.901 (42,3%) na região Sudeste. Entre 2019 e 2021, o número de casos de infecção pelo HIV declinou 11,1% no Brasil, com maior percentual de redução nas regiões Sul (15,4%) e Sudeste (15,3%). Entre 2013 e 2017, o número de casos de Aids apresentou, ao ano, uma redução média de 2,8%. Nos anos seguintes, 2018 e 2019, o declínio foi menor, 1,2% e 0,8%, respectivamente. A pandemia de Covid-19 causou importante impacto nas notificações de Aids gerando uma queda de 20,1% nos registros, ou seja, 7.689 casos a menos, quando comparados os anos de 2019 e 2020 (UNIAIDS, 2023).

O perfil de morbimortalidade de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) vem sendo alterado na era da terapia antirretroviral combinada (TARVc) como consequência houve queda na incidência de eventos associados à Aids e do aumento da sobrevida desses pacientes (PAULA *et al.*, 2020). O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a disponibilizar TARVc de forma universal e gratuita, oferecendo medicamentos antirretrovirais de primeira linha a todas as PVHA elegíveis desde 1996 (BRASIL, 1996).

De acordo com Paula *et al.* (2020), a tuberculose ainda se destaca como uma das causas principais de mortalidade entre PVHA em âmbito nacional. Essa infecção permanece como uma das mais importantes causas de óbito entre PVHA em todo o globo, sobretudo em regiões em processo de desenvolvimento, exercendo grande impacto na sobrevida de pacientes com HIV no Brasil como um todo e ainda mais notoriamente no Rio de Janeiro.

A infecção pelo HIV passa a ser considerada uma condição crônica de saúde e com potencial de controle endêmico a partir da implementação da terapia antirretroviral de alta

atividade (TARV). Tal controle é objetivo de diretrizes nacionais e internacionais como resposta à epidemia do HIV, em que se busca alcançar a meta proposta pela Joint United Nations Program on HIV/AIDS, denominada Meta 90-90-90 (UNAIDS, 2017).

Essa Meta previa a concentração de esforços para que até 2020 cerca de 90% das pessoas infectadas pelo HIV tivessem ciência do seu diagnóstico. Previa também que 90% dessas estariam em tratamento com o uso de antirretrovirais (ARV), e que 90% das pessoas que usam a TARV apresentassem supressão viral que está relacionada à prevenção da transmissão do HIV (UNAIDS, 2017).

O Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), oferece de maneira gratuita e universal o acesso não só à TARV, como também à testagem anônima, à Profilaxia Pós Exposição (PEP) e à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Dentre os países que possuem sistema universal de saúde, o Brasil é o país que apresenta os resultados consolidados alinhados à Organização Mundial da Saúde (OMS), portanto mais próximo do alcance da Meta 90-90-90 (CAMPOS, 2021).

Apesar de todo empenho governamental para o controle da pandemia e o alcance de metas, há outro aspecto do HIV que não deve ser esquecido, que é todo estigma e preconceito advindo do diagnóstico. Há ainda a morte social do sujeito, que antecede a morte física. Kern, Santos e Graeffa (2017) fundamentam que a pessoa poderá morrer socialmente no seu trabalho, nas suas relações, no acesso aos seus direitos sociais básicos, mas também poderá experimentar a morte da dignidade, da liberdade e da esperança. Já o termo estigma foi criado pelos gregos com significados que expressam o sentido de mal, pejorativo e depreciativo. Dessa forma, quem transporta tais marcas será visto como indivíduo poluído e que deve ser evitado socialmente, remetendo aos dias atuais a terminologia não sofre mudanças (GOFFMAN, 2004).

Gois *et al.* (2018) em estudo sobre morte e morrer com PVHA realizado nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS e num Centro de Testagem e Aconselhamento com profissionais de enfermagem, consideraram através das entrevistas realizadas que o diagnóstico do HIV pode gerar outros impactos na vida das PVHIV, como problemas para conseguir emprego, dificuldade nas relações conjugais e, principalmente, a falta de apoio familiar e das demais redes sociais. Infere-se que tais problemas surtem um efeito negativo na vida destas pessoas, caracterizando uma morte social. Admite-se, também, que o estigma social e o medo da rejeição fazem com que a PVHA tenham a tendência a isolar-se e sentir-se frustrada com sua situação de vida, o que influencia o desejo de ocultar o diagnóstico e sentir

medo da possível reação das pessoas, o que pode levar a desenvolver problemas psicoemocionais, caracterizando a morte psicológica.

Silva (2020) analisou os estigmas que envolvem as Crenças Religiosas e as Pessoas Vivendo com HIV entrevistando pacientes em tratamento no ambulatório de Imunologia de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro, conclui que os sujeitos vivem num conflito de sentimentos, num questionamento com o divino de “por que eu? O que eu fiz para ter essa doença? Por que mereço esse castigo?” Se sentem pecadores, castigados, indignos do perdão, e ao mesmo tempo acreditam que Deus lhes proporcionou uma segunda chance. Os grupos religiosos são apontados pelos participantes como apoiadores, acolhedores e essenciais no processo de enfrentamento e principalmente na decisão de aceitar e aderir ao tratamento, o que agrega a ele outros valores.

A construção social da síndrome do HIV/Aids e de PVHA sofre uma dicotomia relacionada à geração etária, uma cerceada pelas concepções do início da pandemia para a população nascida durante a década de 1980 e 90 e outra de uma geração mais nova que conheceu a síndrome já com o advento da TARV. Apesar do termo “grupo de risco” ter sido condenado pelo seu caráter depreciativo e pejorativo, ainda permanece no imaginário social de forma bem intensa. Pereira *et al.* (2017) conduziram um estudo sobre a vulnerabilidade dos jovens universitários ao HIV e os resultados demonstraram que o jovem universitário está vulnerável ao HIV, independente de sexo. Os resultados mostraram que os universitários subestimavam a probabilidade de serem infectados, pois se compreendiam imunes e não se identificavam como parte dos grupos de risco. Jovens do sexo feminino na faixa etária de 15 a 19 anos afirmaram que recebiam informação sobre HIV/Aids, mas aderiam pouco a práticas sexuais seguras, se entendessem que poderia conturbar a relação com seu parceiro.

No Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2022, nota-se elevação da taxa e predomínio de casos de HIV em HSH com até 39 anos de idade, quando comparados os anos de 2015 e 2021. Entre esses anos, o percentual de casos em HSH na faixa etária de 13 a 19 anos passou de 78,3% para 80,8%; na de 20 e 29 anos, de 74,7% para 79,6%; e na de 30 a 39 anos, de 54,6% para 62,0%. Em indivíduos com 40 anos ou mais, a principal categoria de exposição foi a heterossexual, chegando a 64,7% em homens com 50 anos ou mais de idade, no ano de 2021 (BRASIL, 2022).

Toda essa problemática gera um atraso de dez meses a até anos após o contágio no diagnóstico de HIV realizado. Azambuja (2000) considera que diagnosticar pacientes soropositivos com idade superior a 60 anos se torna complicado, por se tratar de um diagnóstico diferencial para um grupo já exposto a inúmeras outras patologias relacionadas à idade. Isso se

reflete, principalmente, nas terapêuticas incorretas e diagnósticas de HIV tardios, facilitando a instalação de infecções oportunistas com maior facilidade e ocasionando complicações e maior mortalidade.

As construções sociais carregadas de preconceito e a desinformação podem contribuir demasiadamente para o agravamento das dificuldades enfrentadas pelo idoso soropositivo, estudos demonstram que a AIDS é um fenômeno social de grandes proporções e ainda atrelada a princípios morais (LIMA, 2020).

O presente estudo, portanto, se tornou imprescindível para elucidar como a espiritualidade, a religiosidade e os princípios morais influenciam no diagnóstico e enfrentamento da síndrome. Para tanto, é necessário ter ciência dos desafios, dificuldades e trajetória das P-VHA, para compreender o papel da religião como grupo de apoio e a espiritualidade como fonte de ressignificação da síndrome e, a partir desses dados e necessidades levantadas, incluir na assistência de enfermagem uma abordagem espiritual completa.

1.2 Espiritualidade e religiosidade no contexto da saúde

A espiritualidade é um conceito amplo e multifacetado, como já visto, que se refere à busca por um significado, a conexão com algo transcendente, a exploração da própria essência e a compreensão do universo. É uma dimensão importante da experiência humana e pode se manifestar de diversas formas, dependendo das crenças e valores de cada indivíduo. A espiritualidade pode estar ligada a religiões organizadas, como o cristianismo, o islamismo, o budismo e o hinduísmo, entre outras. Porém, também pode ser vivenciada fora dos contextos religiosos, em práticas como meditação, yoga, contemplação da natureza ou qualquer outra atividade que leve à busca de conexão com algo além do mundo material (KOENIG, 2012).

A espiritualidade é universal, inerente a todo indivíduo, e dá sentido à existência humana. É uma presença diária no meio social, relacional, profissional, na educação, saúde, lazer, religião, no íntimo de cada ser, entre ateus, agnósticos e religiosos, ou seja, em todos os espaços e realidades existenciais (TAVARES *et al.*, 2016).

Moreira-Almeida, Koenig e Lucchetti (2014) definem espiritualidade como uma busca pessoal pela compreensão de respostas a questões fundamentais sobre a vida, sobre o significado e sobre a relação com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) levar ou surgir o desenvolvimento de rituais religiosos e da formação de comunidade; religião é definida como

um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder superior ou verdade/realidade última) e religiosidade: até que ponto um indivíduo acredita, segue ou pratica uma religião.

A espiritualidade traduz um modo de ser, uma atitude que acompanha o ser humano a cada passo. Ela expressa uma energia comum a todos, independentemente da crença religiosa, visibilizando a dimensão de profundidade da própria condição humana. O divino, o humano e o cósmico se apresentam numa trindade indissolúvel (TEIXEIRA, 2014). O autor também considera a espiritualidade como um caminho para a mística, porém não sendo necessariamente vinculada a uma religião, doutrina ou confissões específicas.

O sagrado, transcendente ou simplesmente Deus passa a ser o substrato da espiritualidade. O desejo de experimentar Deus como pessoa e ter um encontro pessoal com ele está dentro de cada ser humano. Anselmo Grun (2017) destaca que o primeiro passo para esse encontro ou reencontro com o Criador seria um encontro consigo mesmo.

A religião é de importante instância de significação e de ordenação da vida, seus revezes e seu sofrimento, sendo fundamental em momentos de maior impacto da vida do indivíduo, como perda de pessoas próximas, doença grave, incapacitação ou morte. É um elemento constitutivo da subjetividade e doador de significado ao sofrimento (DALGALARRONDO, 2009).

A religião passa a ser a estrada, o caminho ou um guia para o alcance dessa espiritualidade e uma conexão com o divino. Nogueira (2019), em seu estudo sobre as representações sociais da E/R para PVHA apontou que a religião foi elemento central na representação da espiritualidade, o que mostrou que a espiritualidade passa pela religião como um instrumento para se chegar a Deus, seja através de práticas religiosas ou espirituais pessoais, como a oração e a leitura de textos religiosos, seja no templo religioso, ao se elevar espiritualmente junto à comunidade religiosa.

Considerando a busca da cura de uma doença, a religiosidade e a espiritualidade aparecem integradas, visando o alcance da saúde, durante o enfrentamento das adversidades e dificuldades advindas do diagnóstico e tratamento, prevalecendo a fé em Deus respaldada na prática da oração. A oração se torna um canal de comunicação entre o enfermo e Deus, tendo na fé o principal suporte do imaginário do paciente, atuando positivamente na crença profunda, sustentada pela possibilidade na interseção divina na cura da doença (GONÇALVES; NASCIMENTO; SANTOS, 2018)

A importância da dimensão espiritual tem sido tema de discussão e pesquisa há alguns anos. Em 1984, em uma reunião da OMS, políticos, acadêmicos e técnicos se reuniram na 37º

Assembleia Geral da instituição e reconheceram, através da decisão WHA37.13, “a dimensão espiritual” como tendo um papel importante na motivação das pessoas em todos os aspectos de sua vida. Afirma que essa dimensão não somente estimula atitudes saudáveis, mas também deve ser considerada como um fator que define o que seja saúde (TONIOL, 2017).

A espiritualidade e a religião influenciarão a visão do paciente sobre o próprio adoecimento por meio de seus conceitos e preceitos. Com seu conjunto de pressupostos, poderá facilitar ou dificultar a assistência espiritual, tendo em vista que nem sempre terá a mesma sintonia entre as necessidades religiosas e as propostas de suporte da equipe. Temas como milagres, curas, autorização ou não de procedimentos, alimentação, cuidados com o corpo, ritos e lutos; são apenas alguns exemplos de necessidade de comunicação para resolução de conflitos (SAFRA, 2018).

Koenig (2012) afirma que as crenças religiosas influenciam as decisões médicas quando os pacientes estão seriamente doentes. As crenças também podem influenciar se os pacientes aceitarão os tratamentos médicos, aceitar doação de sangue, vacinar seus filhos, receber cuidados pré-natais, tomar antibióticos e outras drogas, alterar o estilo de vida, aceitar psicólogos ou psiquiatras, ou até mesmo voltar para a continuação do acompanhamento médico.

A E/R e as práticas religiosas não têm sido só associadas à tomada de decisões e condutas, mas também à melhora de parâmetros imunológicos, maior proteção a eventos cardiovasculares, maior adesão a tratamentos e menor taxa de mortalidade. Inúmeros estudos vêm sendo desenvolvidos relacionando a espiritualidade com o enfrentamento de doenças, promoção e reabilitação, demonstrando o interesse da comunidade científica em tentar compreender os mecanismos fisiológicos que expliquem a relação entre a religiosidade e a espiritualidade no cuidado à saúde (THIENGO, 2019).

Um estudo em 106 homens homossexuais com HIV constatou que atividades religiosas (orações, frequência a igrejas, conversas espirituais, ler literaturas espirituais ou religiosas) foram associadas com significativo aumento na contagem do CD4+ e porcentagens de CD4+; os efeitos na função imunológica não afetaram a progressão da doença. Aqueles que lidavam com religião tiveram redução na depressão e na ansiedade (WOODS *et al.*, 1999).

Chinnaiyan, *et al.* (2021) asseguram que as práticas espirituais influenciam vários aspectos dos resultados cardiovasculares, incluindo mortalidade por todas as causas, eventos cardíacos adversos importantes (como mortalidade cardiovascular, infarto do miocárdio não fatal e revascularizações), carga arritmica, bem como modificação de fatores de risco, como hipertensão, níveis de açúcar no sangue e marcadores inflamatórios.

Um estudo longitudinal de dois anos com 168 pacientes ambulatoriais do programa de saúde mental de um hospital universitário utilizou-se a regressão linear examinar associações entre preditores religiosos e variáveis de resultado (sintomas maníacos, depressão, QV), controlando por variáveis sociodemográficas sugeriram que o envolvimento religioso intrínseco e as estratégias religiosas de enfrentamento podem influenciar o curso dos sintomas e a QV em pacientes com transtorno bipolar, concluindo que integração de E/R em intervenções psicossociais pode ajudar a aumentar a QV e melhorar o funcionamento em pacientes com transtorno bipolar, aumentando assim a probabilidade de uma recuperação melhor e mais duradoura (STROPPA *et al.*, 2018).

A comprovação da utilização da E/R como suporte terapêutico e determinação de desfechos positivos em diversas situações têm se tornado emblemático segundo Guimarães e Avezum (2007) se tornando um desafio à ciência. Nesse cenário, os autores colocam a necessidade de maiores investigações entre a saúde física e espiritual, baseada principalmente no impacto de intervenções de base religiosa sobre a saúde, sendo essencial para comprovação desse paradigma.

A necessidade de mensuração da E/R na área de saúde levou a Koenig, Meador e Parkerson (1997) a desenvolver uma escala de mensuração com objetivo de associar a religiosidade e a saúde mental. O Índice de Religião Duke é uma escala de 5 itens que captura as três dimensões principais da religiosidade aceitas: as dimensões organizacionais, não organizacional e subjetiva ou intrínseca da religiosidade.

A atividade religiosa organizacional envolve atividades religiosas públicas, como comparecimento a serviços religiosos ou participação em outras atividades religiosas relacionadas a grupos (grupos de oração, grupos de estudo das Escrituras etc.). A atividade religiosa não organizacional consiste em atividades religiosas realizadas em privado, como oração, estudo das Escrituras, assistir TV religiosa ou ouvir rádio religiosa. A religiosidade intrínseca avalia o grau de comprometimento ou motivação religiosa pessoal. A religiosidade intrínseca foi comparada à religiosidade extrínseca, uma forma de religiosidade principalmente “para mostrar”, na qual a religiosidade é usada como um meio para um fim mais importante (sucesso financeiro, status social, conforto ou como uma atividade social adequada), em vez de apenas por causa da religião. As religiosidades intrínsecas, em contraste, envolvem buscar a religião como um fim último em si mesma (KOENING; BUSSING, 2010).

Allport e Ross (1967) definiram religiosidade intrínseca da seguinte forma:

Pessoas com esta orientação encontram seu motivo principal na religião. Outras necessidades, por mais fortes que sejam, são consideradas de menor importância última e são, na medida do possível, colocadas em harmonia com as crenças e prescrições religiosas. Tendo abraçado um credo, o indivíduo se esforça para internalizá-lo e segui-lo plenamente, e neste sentido que ele vive sua religião (ALLPORT; ROSS, 1967 p. 432).

Koenig e Bussing (2010) orientam a não somar as três subescalas e sim examiná-las de forma independente e assim relacioná-las com os resultados de saúde. Essa escala foi projetada para medir a religiosidade nas religiões ocidentais (por exemplo, Cristianismo, Judaísmo e o Islã), e pode ser menos preciso em sua avaliação da religiosidade nas tradições religiosas orientais (por exemplo, Hinduísmo ou Budismo).

Outras escalas são utilizadas para avaliar a dimensão espiritual do indivíduo e seu impacto na sua saúde como por exemplo as escalas FICA e SPIRIT.

Podem-se destacar duas das principais escalas que servem para avaliação da história espiritual de pacientes que se encontram em Cuidados paliativos, a escala FICA de autoria de Puchalski e a SPIRIT de Maugans. Ambas têm a função de identificar os componentes importantes da história espiritual dos pacientes em cuidados paliativos. Essas escalas são simples e permitem uma avaliação rápida do paciente (SAPORETTI; SILVA, 2012).

O instrumento chamado FICA é apresentado como capaz de avaliar os domínios fé, importância, comunidade e abordagem. Para abordar tais assuntos são propostos os seguintes questionamentos: Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada? Tem alguma fé? Se não, o que dá sentido à sua vida? A fé é importante em sua vida? Quanto? Você participa de alguma igreja ou comunidade espiritual? Como nós (equipe) podemos abordar e incluir essa questão no seu atendimento (ANDRADE *et al.*, 2020).

O instrumento SPIRIT que corresponde aos respectivos domínios: spiritual belief system (afiliação religiosa), personal spirituality (espiritualidade pessoal), integration within spiritual community (integração em comunidades espirituais ou religiosas), ritualized practices and restrictions (rituais e restrições), implications for medical care (implicações médicas) e terminal events planning (planejamento do fim). Dentro desses domínios são abordadas as seguintes questões: Qual é sua religião? Descreva as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual que você aceita ou não. Você pertence a alguma igreja, templo ou outra forma de comunidade espiritual? Qual é a importância que você dá a isso? Quais são as práticas específicas de sua religião ou comunidade espiritual (exemplo: meditação ou reza)? Quais os significados e restrições dessas práticas? Qual desses aspectos espiritual-religiosos você gos-

taria que eu estivesse atento? No planejamento do final da sua vida, como sua fé interfere nas suas decisões? (SAPORETTI; SILVA, 2012).

Não há dúvida da importância E/R na assistência à saúde e seus benefícios no âmbito físico, mental e espiritual. As escalas mencionadas servem não só como base para estudos científicos, mas como possibilidade de acessar à dimensão espiritual da clientela atendida. Expandir a compreensão do ser humano além da visão biológica é um desafio constante para os profissionais da saúde, que envolve aceitar diferentes valores religiosos e espirituais e incentivar o cliente a encontrar-se consigo e com o transcendente a fim de utilizar como ferramenta para enfrentamento e aceitação do seu estado clínico.

1.3 A pluralidade religiosa no Brasil

O artigo 18 da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU de 1981 afirma que:

Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de convicção, assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pelos ritos (BRASIL, 2018 p.10).

O Brasil pactua com esse direito assegurando assim a liberdade individual, e sua prática de culto no espaço público ou em particular, norteados os princípios da dignidade da pessoa humana diante de casos de intolerância religiosa e discriminação étnico-racial.

O último Censo Demográfico realizado em 2010 mostrou um crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil, revelando maior pluralidade nas áreas mais urbanizadas e populosas do País. A proporção de católicos seguiu a tendência de redução observada nas duas décadas anteriores, embora tenha permanecido majoritária (64,6%), em paralelo consolidou-se o crescimento da parcela da população que se declarou evangélica (22,2%). Os dados censitários indicam também o aumento do total de pessoas que professam a religião espírita (2,0%) e dos que se declararam sem religião (8,0%) (IBGE, 2010).

No Brasil, há um fenômeno denominado pluralidade religiosa, em que diversas crenças, religiões e tradições espirituais coexistem dentro da mesma comunidade, as pessoas têm liberdade para escolher suas crenças e praticar a religião de sua preferência. Outra tendência

observada é o deslocamento religioso, em que sai de ambiente tradicionalmente religioso para outras esferas, como as mídias, o esporte, o cinema e a literatura. Portanto, a religião não está mais restrita a espaços sagrados, como também atingindo outras esferas sociais (RIBEIRO; FRANCO, 2020).

O cenário religioso do século XIX no Brasil foi praticamente tomado pelo confronto muitas vezes hostil entre catolicismo romano e protestantismo. O início do período republicano surge as denominações protestantes históricas, ou tradicionais, e com tradição liberal, democrática e republicana, teve apoio da elite da época e foi rompendo devagar com os obstáculos impeditivos de práticas religiosas acatólicas (MENDONÇA, 2003).

A perda da hegemonia católica já era evidente no fim do império e início da república, porém Mendonça (2003) também atribui duas circunstâncias históricas que levaram a consagrar o princípio de tolerância na Constituição, o primeiro os compromissos políticos assumidos com a Inglaterra por ocasião da transferência da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, e consagrados pelo Tratado de Comércio e Navegação e o segundo a opção por colonos europeus em substituição da mão-de-obra escrava. Assim a entrada de protestantes antes a admissão antes interdita, era inevitável.

Na segunda metade do século XIX, proveniente da França chega ao Brasil o espiritismo que ganhou o apoio da elite brasileira principalmente pelo por causa de suas concepções religiosas racionalistas e evolucionistas, então, como se sabe, muito em voga entre as mentes liberais tiveram acolhida entre membros das classes altas da sociedade brasileira. Na Bahia, o Espiritismo instalou-se de forma mais firme e organizada. Foi lá que se formou o primeiro centro espírita de que se tem notícia, o Grupo Familiar do Espiritismo, além de conquistar praticantes começa a sofrer as primeiras repressões por parte da Igreja. Além das críticas e perseguições por parte da igreja católica que se vê perdendo a território para mais uma religião dentro do território brasileiro, o espiritismo também começou a ser objeto de debate entre os médicos brasileiros. Eles consideravam que, ao introduzir a ideia da existência de um elemento extra material (o espírito), o Espiritismo seria, na realidade, um retrocesso à superstição, sendo acusado e perseguido. Os médiuns passam a ser acusados de receitistas e charlatões e suas práticas como exercício ilegal da Medicina podendo enquadradas nos artigos 156, 157 e 158 do Código Penal de 1890 (ALMEIDA; GOMES; PIMENTEL, 2020).

As religiões indígenas e afro entretanto já tiveram dificuldade de crescimento em solo brasileiro principalmente no império, na verdade, traços da cultura religiosa indígena só vão surgir com certo vigor já em plena República e no dorso de sincretismos, principalmente da umbanda. E os cultos africanos foram seriamente reprimidos pois à condição de escravo não

permitia ao negro organizar seus cultos, além dos entraves decorrentes a língua afetaram a organização da religião (MENDONÇA, 2003).

O campo religioso brasileiro é ainda bem-marcado pelo cristianismo, e sobretudo pelo forçado catolicismo. Os processos de dupla filiação religiosa, de trânsito e sincretismo são comuns no Brasil, e nem sempre os censos conseguem captar tal realidade (TEIXEIRA, 2005)

Filho (2019) destaca que a matriz religiosa brasileira é o resultado do encontro de culturas e mundividências. No Brasil colonial, há a colisão de duas grandes concepções religiosas: uma mais antiga, que é uma vertente de povos indígenas e etnias africanas que chegaram ao país durante a escravidão que sacralizava o ambiente espiritual e as forças espirituais, e outra que ressaltava símbolos religiosos abstratos e transcendentais provenientes dos brancos adeptos do cristianismo romano-católico.

O dinamismo religioso brasileiro abarca também as múltiplas pertencas, tanto de formas conscientes e explícitas como de ordem sincrética ou de trânsito e de assimilação de valores, ideias, perspectivas e visões de mundo (RIBEIRO; FRANCO, 2020). O sincretismo possui como característica a simbiose de elementos culturais, se tornando bem nítido com a situação de conflito religioso imposto pelo catolicismo luso-brasileiro e o negro-africano. Esse processo se deu através de uma relação desigual que envolvia dominação política, cultural e religiosa (FILHO, 2019).

Leonardo Boff, em seu livro Igreja: Carisma e poder (BOFF, 1982) destaca que o cristianismo não converteu, foi convertido. O autor sinaliza o sincretismo cristão como aquele feito a partir do núcleo essencial da fé cristã que se corporifica dentro da simbologia de outra cultura. Isso supõe que a cultura seja convertida em seu núcleo a ponto de deixar de ser o que era e passe a ser expressão da fé cristã. Num primeiro momento, a fé cristã se reafirma em sua identidade, se distinguindo de outras expressões religiosas, proclamando o Evangelho, levando a conversão e iniciando um processo de sincretismo, tomando emprestado costumes e tradições, do saber e da doutrina, e tudo o que pode contribuir para glorificar o Criador, originando, assim, um verdadeiro sincretismo tendo como núcleo central a identidade cristã.

O sincretismo religioso também é um símbolo de luta e resistência das religiões afro, que apesar de toda a opressão da época da escravatura se manteve em seus ritos, narrativas e tradições a memória de sua ancestralidade. A diáspora africana forçada foi um processo que obrigou diferentes povos negros com suas diferentes culturas ao encontro com outra cultura, com novos significados e símbolos, e as relações estabelecidas foram de colonizadores e colonizados e essa opressão foi marcada pela desigualdade, escravidão, sofrimento e morte (ULRICH *et al*, 2022).

A memória ancestral foi um dos elementos fundamentais para a resistência negra e o fortalecimento para construção do Candomblé, religião afro-brasileira que nasceu na resistência do sofrimento da escravização. Através dele, muitos africanos encontraram novamente a sua dimensão de família e de comunidade. O candomblé pode ser visto como resistência à diáspora africana e uma forma de cultivar a ancestralidade através da oralidade (ULRICH *et al.*, 2022).

O pluralismo religioso brasileiro, segundo José Bittencourt Filho (2019), é de difícil compreensão, visto que um mesmo indivíduo possui concepções religiosas, filosóficas e doutrinárias por vezes opostas e às vezes inconciliáveis. As situações de trânsito religioso são um bom exemplo dessa múltipla pertença religiosa característica do povo brasileiro.

Ribeiro e Franco (2020) descrevem cinco possibilidades de práticas e tipos de expressão religiosa que explicam esse trânsito religioso, 1- a pessoa afirma determinada pertença porém admite experimentar outras vivências em outros grupos religiosos, 2 - aquela que se declara pertencer à uma religião, mas exercita outra, 3 - os que harmonizam e integram relativamente bem mais de uma tradição ou vivência religiosa, 4- as pessoas que não aderem à uma religião específica, mas transitam por mais de uma delas, e 5- aqueles que, mesmo mantendo a sua pertença religiosa, articulam elementos outras religiões e espiritualidades.

As principais formas da religiosidade popular no panorama cultural brasileiro contemporâneo – pentecostalismo, neopentecostalismo e religiões mediúnicas – trazem, no seu cerne, a perspectiva de cura, formulando uma resposta plausível e explícita acerca do sofrimento. Portanto, o sofrimento, a aflição e a demanda por respostas estariam no cerne da religiosidade brasileira atual (DALGALARRONDO, 2009).

A seguir irá ser realizada uma breve explanação acerca das principais religiões brasileiras e sua interface com a saúde. Essas denominações religiosas foram o campo de pesquisa para o presente estudo.

1.4 Catolicismo e saúde

A religião Católica Apostólica Romana corresponde à maior comunidade cristã mundial e apresenta uma rígida hierarquia de autoridades nos quais todos são subordinados ao pontífice máximo: o Papa. As doutrinas principais do catolicismo são: há um único Deus que subsiste em três pessoas, a Trindade Santíssima, existem céu e inferno, vida após a morte e o

purgatório com diferentes estágios, determinando o destino dos fiéis com base em seus atos e obras em vida, com consequências no juízo final, designando-lhes a salvação ou a perdição eternamente (CATÓLICA,1993; PEREIRA, 2016)

Apesar de se manter como a maior comunidade cristã, a Igreja católica se vê perdendo o número de fiéis ao longo dos anos, ocasionado principalmente pela conversão dos fiéis ao pentecostalismo. Com isso, houve o surgimento da Renovação Carismática Católica (RCC), como uma estratégia de fortalecimento da identidade católica frente ao avanço do pentecostalismo, ou seja, uma forma de contraofensiva católica (ORO; ALVES, 2013).

A renovação carismática surge nos Estados Unidos em meados da década de 1960. O movimento é voltado para a experiência pessoal com Deus, particularmente através do Espírito Santo e dos seus dons, e busca dar uma nova abordagem às formas de doutrinação e renovar práticas tradicionais dos ritos e da mística católicos (ORO e ALVES,2013).

A doutrina católica é monoteísta, ou seja, sua doutrina está baseada em único Deus todo poderoso, onisciente, onipotente e onipresente. Porém, na sua ritualística, há a presença dos santos, que foram pessoas comuns que viveram no plano terrestre e foram canonizadas em decorrência de seus feitos. Os santos estariam vivos no céu, podendo, por isso, interceder ou orar junto a Deus por aqueles que estão ainda na terra. Os santos são exemplos de vida e, na oração, são muitas vezes caminhos para que as preces cheguem a Deus. Com imagens, folhetinhos, promessas, rezas específicas e romarias, a devoção aos santos são uma das facetas mais populares da Igreja Católica (VEIGA, 2019).

No catolicismo, a doença pode ser evitada ou curada por meio da aproximação a Deus; da confissão dos pecados; pelo ato da bênção, entendida como um canal de comunicação e aliança com os santos a fim de buscar benefícios, por meio de súplicas, ou seja, um pedido insistente a Deus ou santos por proteção. A busca pela intercessão dos santos possui importância significativa dentro dos processos de cura pela fé. Dentre as práticas católicas relacionadas à recuperação da saúde, destacamos a unção dos enfermos, um sacramento que busca a graça do reconforto, de paz e de coragem para vencer as dificuldades (FRANSCISCO, 2020).

A saúde no catolicismo é compreendida como um estado de comunhão com Deus. O envolvimento religioso ou espiritual é entendido como um mecanismo de defesa contra o estresse, sendo excelente na prevenção ou combate a inúmeras moléstias e também no aumento da expectativa de vida (FRANSCISCO, 2020).

Os seguidores da doutrina se dedicam e se envolvem com crenças e práticas direcionadas ao sagrado, que contemplam a reza do terço, a frequência às celebrações da igreja, enquanto espaço para a súplica por meio da oração, o cumprimento dos santíssimos sacramen-

tos, a procissão, a romaria e a peregrinação, dentre outros. Em relação ao contexto da oração no âmbito do catolicismo, a reza do terço é a mais solicitada, por abranger o memorial da vida de Jesus Cristo, desde a paixão, morte e ressurreição, em honra da Santíssima Virgem Maria, podendo ser rezado diariamente, se intensificando nos meses de maio e outubro – dedicados à Virgem Maria (GONÇALVES; NASCIMENTO; SANTOS, 2018).

1.5 Evangélicos e saúde

A reforma protestante foi um acontecimento essencialmente religioso, mas causou, ao mesmo tempo, profundas transformações políticas, sociais, econômicas e culturais. A base teológica da Reforma é apoiada nas 95 teses que Martinho Lutero publicou na porta da igreja do Castelo de Wittenberg em 31 de outubro de 1517, em que protestou contra vários pontos da Igreja, propondo uma reforma. Tais teses foram abraçadas por governantes e líderes religiosos de diversos países da Europa, como Alemanha, Suíça, França e Reino Unido; o que resultou no rompimento da unidade da igreja cristã ocidental originando os denominados cristãos católicos, seguidores de Roma e do papa, e os cristãos protestantes, seguidores das teses de Lutero. Essa cisão deu origem ao protestantismo como religião que posteriormente foram denominados evangélicos (JUNIOR; ROSA, 2016).

Os protestantes podem ser divididos em três grupos: os protestantes históricos, que chegam oficialmente às nossas terras no século XIX, como os luteranos, presbiterianos, metodistas, congregacionais, anglicanos; os pentecostais, provenientes do movimento de avivamento norte-americano no século XX, como, por exemplo, os pertencentes à congregação Assembleia de Deus e Evangelho Quadrangular e, por fim, os neopentecostais, organizados no país na terceira onda pentecostal, como a Universal do Reino de Deus e a Igreja Internacional da Graça de Deus (PEREIRA, 2019). O autor também destaca que os grupos mencionados acima por vezes corroboram o princípio transformador, marcante do protestantismo e, outras, se distanciam, gerando conflitos em relação a ideais e propósitos até mesmo interior das próprias congregações.

O pentecostalismo se irradiou para a América Latina a partir de 1910, em três ondas sucessivas. O sociólogo Paul Freston (1994) fala sobre “três ondas” ou fases de implantação do pentecostalismo no Brasil. A primeira onda, trouxe para o país duas igrejas: a Congregação Cristã no Brasil (1910) e as Assembleias de Deus (1911), porém foi a última que mais foi a

que mais se expandiu. A segunda onda ocorreu entre os anos 50 e 60, ocorreu uma fragmentação do campo pentecostal surgindo, três grandes grupos aligados ao pentecostalismo clássico: Igreja do Evangelho Quadrangular (1951), Igreja Evangélica Pentecostal O Brasil para Cristo (1955) e Igreja Pentecostal Deus é Amor (1962), as três voltadas para a cura divina. A terceira onda entre os anos 70 e 80 foram denominadas “neopentecostais”, com sua forte ênfase na teologia da prosperidade, como por exemplo a Igreja Universal do Reino de Deus (1977) e a Igreja Internacional da Graça de Deus (1980) (FREESTON, 1994).

As concepções de cura e adoecimento nessas igrejas não poderiam deixar de ter relação com a representação da relação entre Deus e o Diabo. A doença está relacionada a essa realidade sobrenatural, a doença é vista como uma tentação diabólica, permitida por Deus para reconduzir o crente à fé, ou trazer de volta pessoas desviadas da congregação. Já a cura é compreendida como decorrência da readmissão ao grupo e da obediência às normas da congregação, e da extrema vigilância do grupo religioso sobre o indivíduo, “amarrando-o a grandes teias de significados, fiados em conjunto” (BOBSIN, 2003).

As causas das doenças enquadram-se melhor na categoria de doença-punição, uma vez que são vistas como consequências provocadas pelo próprio indivíduo ou grupo. A doença seria decorrente da transgressão de uma lei. Dessa forma, a noção de reparação se torna possível a partir de um retorno a essas leis. O processo de cura é através da oração vigorosa ou mesmo do exorcismo, no caso das religiões pentecostais e neopentecostais. O caminho da Cura ainda pode se percorrer através das unções, correntes, bênçãos e dízimos (CERQUEIRA-SANTOS, 2004).

1.6 Religiões de matriz africana e saúde

1.6.1 Candomblé e saúde

As duas grandes vertentes de religiões afrodescendentes no Brasil atualmente são o Candomblé e a Umbanda. No censo de 2010, as religiões afro-brasileiras, tanto a umbanda como o candomblé, mantiveram-se no eixo de 0,3% do censo anterior (IBGE, 2010).

O candomblé integra um grupo de religiões afrodescendentes fruto da resistência dos africanos escravizados em terras brasileiras; durante o longo período de escravidão, os negros

conservaram a tradição religiosa de seus antepassados. Eles lançaram mão da Religião para manter aspectos da própria cultura. Dessa maneira, conseguiram dar novo significado à sua herança religiosa. A resistência religiosa foi um fator de suma importância para a preservação da cultura do negro, este último que fora afastado violentamente de suas origens, gerando, assim, uma violência cultural exacerbada da parte dos colonizadores (NOGUEIRA, 2020).

Palco importante das manifestações da religiosidade africana é o nordeste brasileiro, principalmente nos estados da Bahia, Pernambuco e Maranhão. Outras regiões do país também têm a expressividade do africanismo na religião como o Rio Grande do Sul e o Rio de Janeiro, por exemplo; esses estados têm destaque nesse seguimento de manifestação religiosa pelo fato de terem recebido uma grande quantidade de negros africanos vindos na diáspora (NOGUEIRA, 2020).

Na comunidade de terreiro, os cuidados tradicionais em saúde se caracterizam pelo uso de ervas, banhos, dietas ou ritos de iniciação. Vários são os procedimentos utilizados para cuidado em saúde: o jogo de búzios, o bori, as iniciações, o uso das folhas, ervas raízes e flores, os banhos, as benzeduras, as beberagens, o aconselhamento etc. (BARBOSA *et al.*, 2018).

Barbosa *et al.* (2018) destacaram a incorporação de medidas de biossegurança nos rituais iniciatórios no candomblé de nação Ketu, o sangue para o candomblé é considerado portador de Axé, por isso se valoriza o fato de repassar a energia do mais velho para o que está sendo iniciado. Entende-se por Axé, a energia que pode ser acumulada, transmitida e perdida. Por onde ele flui, transmite traços de seus antigos depositários. Portanto Axé vem da ideia de linhagem tornando-se a transmissão do axé um dos dogmas centrais da religião.

1.6.2 Umbanda e saúde

A Umbanda é conhecida como uma religião brasileira por excelência, tendo em vista que não resulta diretamente de heranças africanas. Desde o seu surgimento, a Umbanda é conhecida como uma religião universal. Foi criada pelo Caboclo das Sete Encruzilhadas, em 1908, por meio do médium Zélio de Moraes. Chamada de “a religião brasileira” por excelência, a umbanda juntou o catolicismo branco, a tradição dos orixás da vertente negra, e símbolos, espíritos e rituais de referência indígena, inspirando-se, assim, nas três fontes básicas do Brasil mestiço (PRANDI, 2004).

Na umbanda, as demandas de saúde e de doença são frequentes nos atendimentos realizados à população, e são realizados por meio de consultas mediúnicas em que os consulentes conversam com as entidades espirituais a partir de um médium em transe de possessão. Na umbanda, a separação entre direita e esquerda não evoca a noção de bem e mal, mas de diferentes níveis de evolução espiritual e de proximidade com o humano. Assim, espíritos da linha de esquerda seriam considerados mais próximos dos humanos, motivo pelo qual seriam evocados para demandas relacionadas à abertura de caminhos. Já espíritos como caboclos e pretos-velhos seriam mais associados a trabalhos de cura (SILVA; SCORSOLINI-COMIN, 2020).

No cenário umbandista, os processos de saúde-doença são identificados como forma de remissão dos resquícios de vidas passadas, um resgate de comportamentos remanescentes vivenciados em outras experiências, influências de energias externas do universo espiritual, ou merecimento pessoal em respeito ao seu comportamento com o próximo, com atitudes benéficas exaltadas diante de um poder superior (SILVA; SCORSOLINI-COMIN, 2020).

1.7 Espiritismo e saúde

Os vários elementos da doutrina espírita foram formulados pelo francês Hippolyte Léon Denizard Rivail (1804-1869), que posteriormente ficou conhecido pelo pseudônimo Allan Kardec. Seu primeiro livro, *O Livro dos Espíritos*, foi publicado em 1857. Essa obra tornou-se o marco fundador do espiritismo e sua doutrina sistematizada e diferenciada, que foi denominada Espiritualismo Moderno. Esse movimento congregou diversas expressões místicas e religiosas durante a segunda metade do século XIX e das quais o espiritismo é uma vertente. As obras servem como base moral e espiritual da doutrina Espírita, reunidas de modo a forma um Pentateuco Espírita – *O Livro dos Espíritos*, *O Livro dos Médiuns*, *O Evangelho Segundo o Espiritismo*, *O Céu e o Inferno* e *A Gênese* (WEBER, 2013).

No Brasil, a Igreja Católica influenciava fortemente o poder público, atuando como construtora, disseminadora e controladora da verdade religiosa bem como da moral a ser adotada por toda a sociedade. Assim, a igreja combateu todo e qualquer discurso que fosse contrário aos dogmas que prescrevia e defendia, proibindo, com isso, outras interpretações do cristianismo que não fossem a sua. Desse modo, ao aportar no Brasil, o espiritismo passou a ser visto como a teoria ou doutrina “de socialistas republicanos” que pregavam o fim do cato-

licismo, sendo combatida, pois não era permitido propagar ideias republicanas e revolucionárias no Brasil Império. Assim, desde sua chegada, o espiritismo foi combatido, perseguido e desarticulado (PEREIRA, 2020).

Formulado como ciência, filosofia e religião, o espiritismo apresenta-se como uma doutrina universalista, passível de ser aceita por adeptos de todas as crenças e assentada sobre bases científicas, tendo como pressupostos básicos a existência de Deus, a imortalidade da alma, a comunicabilidade dos espíritos, a reencarnação e a evolução universal e infinita. Tem como base a moral cristã, o espiritismo elegeu a prática de caridade como sua principal virtude (WEBER, 2013; SILVA *et al.*, 2021).

Os ataques repressivos contra o espiritismo se iniciam no fim do século XIX e se aprofundam no século XX. Mesmo com o advento da república e o estabelecimento de um estado laico, a Igreja Católica seguiu influenciando o debate público, bem como outras áreas, como a médica e a jurídica. Porém, apesar da repressão, a doutrina conseguiu se expandir até a constituição de uma federação capaz de organizar as diretrizes da doutrina espírita e, em 1873, foi concedida a permissão para a constituição da Associação Espírita Brasileira (PEREIRA, 2020).

O conceito de saúde para o entendimento para Allan Kardec é o do funcionamento e da interação com uma harmonia do composto espírito-perispírito-matéria, tríade da qual todo encarnado seria constituído. O humano teria como parte da sua constituição, além do corpo material e do espírito, um corpo sutil, denominado perispírito, invisível à visão humana, uma substância vaporosa que faria a ligação entre o espírito e a matéria. Esse desequilíbrio, quer oriundo de comportamentos inadequados desta vida atual, quer de vidas passadas, pode provocar doenças de diversos tipos, físicas, emocionais ou mentais. Como princípios fundamentais temos a evolução sistemática do espírito e a reencarnação, a saúde e a doença estão subordinadas a esses princípios, à lei espírita de causa e efeito, pela qual os indivíduos receberão aquilo que fizerem aos seus semelhantes (WEBER; LINS, 2018).

Recentemente, o discurso sobre a saúde no espiritismo adotou um viés mais científico e psicológico, especialmente com a criação da Associação Médico Espírita do Brasil (AME). Dentro desse princípio, uma abordagem que vem crescendo entre esses profissionais é a autocura. Partindo de fundamentos psicológicos, a proposta vai além da terapêutica espírita tradicional, tais como a oração, o passe magnético, a água fluidificada e a desobsessão. O discurso centra-se no indivíduo doente como responsável por sua própria cura (MORAES, 2017).

1.8 O HIV/Aids e as religiões

Alguns estudos vêm demonstrando a interface entre a religiosidade e as PVHA, França (2018) afirma que há influência da espiritualidade no enfrentamento da síndrome e na vivência cotidiana gerando, dentre outras coisas, uma resignificação da vida em busca da superação do medo, do estigma, do preconceito e da própria morte. Silva *et al.* (2020) constataram que as Crenças Religiosas e Espiritualidade influenciam na quebra de paradigmas e minimizam o sofrimento de PVHA, consolidando uma rede de solidariedade envolvendo religião e paciente, o que proporciona melhorias na qualidade de vida desses indivíduos atuando também como promotoras de mudanças de comportamento.

Brito e Seidl (2019) realizaram um estudo que objetivou investigar preditores da resiliência entre variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e estratégias de *coping* religioso (positivo e negativo). Participaram 200 pessoas soropositivas (52,5% homens) acompanhadas em ambulatório especializado em HIV/Aids e concluíram que o enfrentamento religioso pode influenciar o processo de superação de adversidades relacionadas a viver com HIV e as associações entre *coping* religioso e resiliência endossam achados em relação às implicações deste construto para comportamentos de saúde e, portanto, deve ser avaliada rotineiramente por profissionais de saúde que devem reconhecer a importância da E/R no cuidado de pessoas soropositivas, pois isso pode representar um papel crítico no prognóstico de HIV/Aids, constituindo um possível fator de proteção ou de risco.

1.8.1 O HIV/Aids e a Igreja Católica

Denominada como peste gay, doença dos degenerados, doença dos desviantes, câncer gay, o HIV/Aids recebeu diversas denominações pejorativas que fazem referência aos considerados “grupos de risco”, conceituação epidemiológica que se tornou estigmatizadora de gays, profissionais do sexo e usuários de drogas. Desde o seu surgimento, o HIV chamou a atenção para distintos “estilos de vida”, sendo a síndrome rotulada e discriminada e julgada por diversos grupos religiosos associando a um castigo divino a uma conduta desviante (SEFFNER; STEIL, 2011).

Interpretar a Aids como uma peste significou um tipo de metaforização que a associava a um castigo divino destinado aos que foram inicialmente atingidos. Nessa perspectiva, a interpretação era de que a doença demonstrava o poder punitivo de Deus, a realização da sua justiça, uma espécie de castigo-resgate da comunidade dispersa para reintroduzi-la no caminho da salvação (BASTOS, 1997). Nesse cenário, no qual compreendia-se que a transmissão ocorria entre indivíduos de comportamento “anormal”, perigoso, irresponsável e delinquente, efetuou-se a construção social da Aids no EUA e por conseguinte o mundo (LIMA, 2019).

No início da década de 1990, as formas e estratégias de prevenção da Aids traçadas pelo Governo Federal no Brasil foram questionadas e criticadas pela Igreja Católica. A sua proposta é a recuperação de valores morais e cristãos, dentre eles, o celibato, a fidelidade no casamento e a monogamia, como as principais e reais formas de prevenir a transmissão do HIV. Em oposição às medidas e campanhas do Ministério da Saúde, integrantes da Igreja Católica publicaram críticas em diversos periódicos de ampla circulação nacional, tais como O Globo, Jornal do Comércio, Folha de São Paulo, O Dia e Jornal do Brasil (LIMA, 2019).

Dom Eugênio de Araújo Sales, o então arcebispo da Arquidiocese do Rio de Janeiro, publicou, em 27 de julho de 1991, o texto “A desordem sexual” no jornal O Dia. No mesmo dia, o artigo foi publicado no Jornal do Brasil com o título de “A Aids e seu antídoto” e no Jornal do Comércio como “Aids: não ocultar a verdade”. No texto, Sales defendeu que o principal meio de prevenção da Aids eram as modificações de comportamento sexual da população. Tecendo duras críticas ao que definiu como uma sociedade decadente de costumes morais, o arcebispo afirmou que a epidemia da doença, que poderia assolar a humanidade, era resultado da liberação dos costumes e do uso de drogas endovenosas (LIMA, 2019).

Para o religioso, que estava alinhado com o posicionamento da Igreja Católica diante do tema, os preservativos eram falsas soluções porque não eram 100% eficazes, mas, principalmente porque estimulavam a promiscuidade de parceiros e, em consequência de sua ineficácia absoluta, facilitam a difusão da enfermidade. O religioso e a Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB) passam a questionar as campanhas de prevenção e do uso de preservativo questionando sua eficácia (LEMOS, 2010).

A estratégia de prevenção assumida pelo Estado foi (e ainda é) alvo de disputa, apesar dos níveis de concordância entre a Igreja Católica e o combate a AIDS, tem como principal estratégia o uso da camisinha, focando o sexo seguro. As campanhas ainda recebem reações contrárias da hierarquia católica, que considera que a opção pela abstinência sexual e a negação ao uso do preservativo representariam a melhor atitude católica (SEFFNER; STEIL, 2011).

Porém o discurso não foi totalmente unânime, em 1992 Dom Paulo Evaristo Arns em uma das primeiras manifestações públicas enfatizou;

Nunca falei contra o uso de preservativos. Isso deve deixar para as pessoas decidirem. O que a gente sempre diz é que você não deve prejudicar nem a si nem ao outro. Muito menos porque você está matando. Então como diz a moral, desde o começo da humanidade: se você tiver que escolher entre dois males escolha o menor. Se você usa a camisinha este é o menor mal. Senão você mata... e você não é doido de matar, é?" (Dom Paulo Evaristo Arns, à folha de São Paulo 16.04.1995 p. 1)

Atualmente, essa dicotomia entre o HIV/Aids, as formas de prevenção e sexualidade na religião católica têm sido objetos de estudo com o intuito de clarificar os pensamentos do grupo religioso frente a síndrome e das PVHA. Esses estudos dão um bom delineamento do pensamento social e contribuem para adoção de medidas preventivas

Couto *et al.* (2019) analisaram o processo de formação das representações sociais construídas por jovens católicos sobre a prevenção ao HIV e evidenciou-se a ambiguidade entre o que se deve ser, como idealização da fé, e o que se realiza no cotidiano da vida. Com esse discurso permeado de construções psicossociais compostas de elementos negativos acerca da sexualidade, os autores afirmam que muitos jovens iniciam as práticas sexuais sem informações precisas ou fazem sexo ‘escondido’ da Igreja, por não conseguirem manter a experiência da castidade e vivenciar a fidelidade em seus relacionamentos.

Os posicionamentos da Igreja Católica atualmente em relação ao HIV/Aids refletem seus posicionamentos acerca da sexualidade. Constata-se, porém, uma ambiguidade: por um lado, quando se refere às causas da Aids ou às formas de prevenção, ancora-se em sua tradicional concepção negativa e restritiva da sexualidade, podendo, com isso, prejudicar as campanhas de divulgação de métodos de prevenção do vírus HIV; por outro lado, com base na sua tradição da prática da solidariedade, institui a prática da acolhida dos portadores do HIV (LEMOS, 2010).

1.8.2 O HIV/Aids e os evangélicos

No panorama histórico, o posicionamento da igreja evangélica em alguns aspectos se assemelhou ao da igreja católica, principalmente no que concerne à sexualidade. Vista como

sagrada dentro do cristianismo, ela se fazia vital na procriação da humanidade. Quando ganhava dimensões fora do plano biológico, ela passaria a interagir com os aspectos emocionais, sociais e psicológicos. Ao longo da história, a sexualidade passava a influenciar as atitudes e o comportamento humano, que acabou se mistificando, até se criar um tabu, segundo o qual qualquer estímulo sexual passou a ser visto como pecado (SOARES, 2011).

Movida à base de muita disputa, incertezas, discussão, religião, insatisfação, intolerância, preconceito, medo e morte, assim foram criados os cenários da Aids entre as Igrejas cristãs. A Igreja Evangélica ganha destaque nesse cenário, através do poder da cura, movida pela Fé (SOARES, 2011).

As discussões relacionadas ao HIV/Aids e a igreja evangélica perpassam o campo religioso, e até o político, considerando o número crescente da bancada evangélica no senado e nas câmaras de deputados e vereadores, projetos de leis e liminares são pautadas em dogmas religiosos, em lugar dos avanços técnico-científicos.

Cabe destacar que a cura, não só do HIV/Aids, mas também da cura da homossexualidade, foi muito vinculada na mídia e ainda está presente em discurso de líderes evangélicos. Em Salvador, um vereador evangélico criou um grupo de recuperação para homossexuais, no qual “ensinava homem a ser homem” (TREVISAN, 2018, p. 417). No Rio de Janeiro, pastores cristãos criaram um centro de tratamento para homossexuais e médicos vieram a público garantir seus serviços de reversão sexual.

Em termos jurídicos, a maior manifestação da exigência de direitos aos homossexuais foi a reivindicação da união civil entre pessoas do mesmo sexo. O projeto de lei 1151/95, foi proposto pela deputada Marta Suplicy e foi alvo de rigoroso contragolpe político. Após longo percurso burocrático, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a união estável entre pessoas do mesmo sexo em 2011, seguido do Conselho Nacional de Justiça, em 2013.

Em 1999, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) sancionou a Resolução 001/99 estabelecendo normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Algum tempo depois, em 2011, a Frente Parlamentar Evangélica apresentou o projeto legislativo 234/11, que foi amplamente divulgado e discutido como a “cura gay”. Com o objetivo de revogar as normas pautadas pelo CFP na Resolução 001/99, o projeto foi aprovado em junho de 2013, após o pastor evangélico Marco Feliciano assumir a presidência da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara. Como resultado, houve uma avalanche de manifestações e protestos contra a aprovação em todo o país. O projeto foi cassado e o CFP reafirmou seu caráter autárquico, bem como o vigor das normativas da Resolução. Ainda assim, em 2016 surgiram dois novos projetos de decreto legislativo (4931/16 e 539/16) com os mesmos

objetivos e, em 2017, o juiz federal Waldemar Cláudio de Carvalho emitiu uma liminar permitindo que psicólogos oferecessem serviços de reversão sexual sem sofrerem represália do CFP. Em contrapartida, o CFP aprovou uma regulamentação proibindo psicólogos de propor ou colaborar com serviços que visem à readequação de identidade de gênero, em 2018, em adição à 001/99, referente aos homossexuais (CARUSO, 2020).

Santo *et al.* (2019) conduziram um estudo acerca das representações sociais de líderes religiosos evangélicos pentecostais acerca do HIV/Aids, em sua interface com as construções representacionais sobre pecado e uma das causas destacadas pelos líderes religiosos sobre a origem da Aids associada à ideia de castigo divino é a desobediência das pessoas aos mandamentos divinos, descritos no livro sagrado cristão, a bíblia. Dessa forma, a Aids está ancorada, igualmente, no ato de desobedecer a Deus, que tem como consequência o surgimento de todas as doenças que existem. Metade dos entrevistados ainda acreditam que o HIV/Aids é fruto do castigo de Deus ou punição pela desobediência a ele. Associaram, ainda, a síndrome à homossexualidade e demonstraram desconhecimento quanto à origem da síndrome.

As orientações recebidas nas instituições religiosas brasileiras restringem as questões familiares, casamento e fidelidade, deixando a sexualidade limitada à procriação, o que leva a uma falta de informação acerca dos modos de transmissão e prevenção, segundo o estudo de Costa *et al.* (2018), que analisaram o conhecimento, as crenças religiosas e a adoção de medidas preventivas ao HIV/Aids de mulheres idosas não católicas. Os resultados chamam atenção quanto às formas erradas de transmissão, pois houve relatos que o vírus HIV pode ser transmitido por assento, uso de utensílios das pessoas contaminadas, bebidas e vias aéreas. O HIV/Aids também foi associado a crença religiosa como uma doença que causa muitos problemas. As participantes declaram que somente Deus pode salvar o indivíduo que possui o vírus em seu organismo.

1.8.2 O HIV/Aids e os umbandistas

Diferentemente de outras religiões cristãs, as religiões afro-brasileiras mostram-se mais receptivas quando se trata do uso de preservativos. De acordo com o levantamento junto a terreiros de Salvador, realizado pelo Centro Baiano Anti-Aids, os pais e mães de santo entrevistados reconheciam o preservativo (47%) e a informação (15%) como melhores formas de proteção, seguidos da prática de sexo seguro, utilização de material perfurocortante descar-

tável e esterilizado, ainda que também tenham referido o afastamento dos portadores e a prática da monogamia, em proporções menores; além de em sua maioria (93%) terem concordado em se tornar centros de prevenção da Aids e distribuição de preservativos (MOTT, 1998).

Na umbanda, as demandas de saúde e de doença são frequentes nos atendimentos realizados à população, atribuindo-se às mesmas as motivações para a busca dessa religião, seus ritos e processos curativos presença de entidades espirituais culturalmente conhecidas e associadas aos processos de cura. As entidades espirituais mais frequentes nos cultos umbandistas e incorporadas pelos médiuns são caboclos, pretos-velhos, baianos, marinheiros, boiadeiros e ciganos, considerados da linha da direita, bem como entidades da chamada linha de esquerda, composta por exus e pombagiras (SILVA; SCORSOLINI-COMIN, 2020).

Silva *et al.* (2008) em um estudo com jovens religiosos e autoridades religiosas acerca da sexualidade demonstraram que jovens umbandistas possuem maior abertura e respeito pela diversidade sexual, trazendo inclusive relatos de experiências homoafetivas vividas por eles ou por pessoas muito próximas e entre frequentadores dos terreiros, além de possuírem conhecimento e valorização do discurso da saúde pública sobre a prevenção das DSTs/Aids.

A presença da diversidade sexual nos terreiros é um fato e existe anteriormente ao advento da Aids. Ela se mantém e se fortalece na religião. Aliás, raras são as religiões que permitem as relações homossexuais (ou homoafetivas) tão abertamente quanto a Umbanda. A própria orientação sexual de pais e mães de santo contribui para a manutenção e proteção dessas relações nos terreiros (HOLANDA, 2013).

Umbanda é uma religião que estabelece uma nova ordem mística em que negros, índios, pobres, mulheres prostitutas e malandros podem retornar como espíritos, seja como heróis que souberam superar as privações e opressões sofridas em vida, seja como categoria que, através da evolução espiritual, mantém viva a esperança de ocupar espaços de prestígio que a ordem social lhe negou. Esse é um importante elo de identificação que faz com que indivíduos socialmente excluídos, a exemplo dos homossexuais e portadores de HIV, se aproximem e permaneçam na religião (HOLANDA, 2013).

1.8.3 O HIV/Aids e os candomblecistas

No candomblé, os orixás são deuses e deusas que possuem qualidades e defeitos, amores e ódios, força e fraquezas, uma sexualidade livre e muitas vezes ambígua. Seus filhos e

filhas se identificam com eles. A sexualidade não é pensada como pecado, mas como fonte de prazer, como continuidade, como vida que não pode ser dissociada da morte. O Candomblé é, portanto, uma religião sem a culpa original da tradição judaico-cristã e a relação com o sexo, com as doenças e com a morte não contém os mesmos valores, sem conotação de pecado e castigo. Foi observado que portadores de HIV/AIDS que seguem os ritos de matriz africana, por conviverem com grupos mais tolerantes, podem enfrentar melhor essa situação (MEIRELES; MÁXIMO, 2007).

Como parte dos rituais de iniciação de noviços no candomblé de Ketu, são realizadas na pessoa a ser iniciada incisões na pele, cabeça e língua por meio de material cortante. Tais incisões, são chamadas de Aberés pelo povo de santo, mas foram popularizadas com o nome de Curas. As curas são as incisões feitas na pele do noviço por onde esse recebe o axé/conhecimento. Antigamente, se usava a mesma navalha em todos que eram filhos da casa do pai ou mãe de santo. Assim, o procedimento para a realização da Iniciação do Yawo, desde que não tomadas medidas de proteção, tornar-se-ia um possível meio de contaminação (RIOS *et al.*, 2013).

Em relação a essa iniciação, é válido ressaltar a criação de uma cartilha pelo Ministério da Saúde intitulada *Laroié* que tem por objetivo orientar práticas seguras de biossegurança respeitando o universo religioso. Essa publicação tem como objetivo dar continuidade ao trabalho de promoção da saúde desenvolvido nos terreiros e mostrar a importância do direito humano à saúde. Faz parte do “Projeto Caravana do Axé: promoção da saúde, da cultura e da cidadania nos terreiros do Estado do Rio de Janeiro” e conta com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – Gerência de DST-AIDS, Sangue e Hemoderivados.

Quanto aos cuidados em saúde, considera-se que os pais/mães de santo foram aderiram às técnicas de biossegurança em busca do cuidado de si. Foi solicitada, pelos participantes, a inserção da universidade a partir de práticas de educação em saúde como possibilidade de esclarecimentos e promoção de troca de experiências para o cuidado em saúde entre candomblecistas e profissionais da saúde ou universitários. As práticas de cuidado em saúde vivenciadas durante os rituais de iniciação são compostas por ações de prevenção e promoção da saúde fundamentadas em uma cosmologia que integra o mundo físico e o espiritual. Percebe-se que essas dimensões coexistem no exercício da prática dos pais/mães de santo, atuando de forma interdependentes e complementares

Com a transformação histórica acerca da saúde, os novos saberes e a descoberta do vírus HIV, muitas práticas tiveram que passar por transformações, dentre elas as práticas de cuidado no cerne do candomblé e no ritual de iniciação do Yawó (BARBOSA *et al.*, 2018).

1.8.4 O HIV/Aids e os espíritas kardecistas

Na religião espírita kardecista há uma conotação diferente daquela partilhada pelos evangélicos pentecostais e neopentecostais, seja para as questões relacionadas à sexualidade quanto para a vivência com o HIV. A discriminação não faz parte dos preceitos religiosos, estando a doença associada aos karmas decorrentes de encarnações passadas, em que a cura dependerá, em primeiro lugar, da vontade divina – no sentido de aquela pessoa merecê-la ou não – do aceite da condição kármica e do trabalho interior de transformação pessoal, fundamentado no livre-arbítrio (FERREIRA; FAVORETO, 2012).

Segundo Marmolejo (2007) vários autores rejeitam a relação entre punição de Deus e doença, pois a ideia de livre-arbítrio proposta por Allan Kardec em suas obras do século XIX, a qual seria consagrada no espiritismo brasileiro ao longo do século XX, outorga a responsabilidade dos atos, incluindo as causas e as consequências de doenças e calamidades, aos próprios sujeitos ao longo dos seus processos reencarnatórios e de seus planos evolutivos. Contudo, a transgressão da norma continua sendo sancionada através de uma marca, um flagelo, um sofrimento, uma penalidade e uma doença nos corpos dos sujeitos, mesmo sem a intervenção direta de Deus, mas partindo dos preceitos morais que esse Deus estipularia através de uma série de leis expressas em “O Livro dos Espíritos”.

Marmolejo (2007) estudou a construção sociocultural da sexualidade e do HIV-Aids no espiritismo kardecista brasileiro, através da literatura espírita sobre o tema, dos saberes e das experiências recolhidas em entrevistas em profundidade e das informações observadas em cursos e palestras em um centro espírita da zona leste de São Paulo e na Federação Espírita do Estado de São Paulo e observou as experiências de sujeitos espíritas que ressignificam seus desejos e suas práticas sexuais no contexto kardecista, inclusive reconhecendo períodos de mal-estar sexual como processos de obsessão sexual. No caso dos espíritas portadores do HIV, evidenciaram-se as tensões sobre as etiologias e os significados da doença produzidos por espíritas não portadores e por espíritas portadores.

O estigma sobre o vírus e seus sujeitos, percebido pelos espíritas portadores do HIV no meio espírita, dificulta a participação destes nas terapias espirituais direcionadas ao HIV. Porém não deixam de procurar atenção espiritual, preferindo fazer parte de espaços terapêuticos moralmente menos marcantes, e mais abrangentes, como são as sessões de passes magnéticos. Isso acarretou baixa participação de portadores do HIV no grupo Solidariedade (grupo de apoio que trabalha com portadores do HIV e seus familiares desde 1998 no centro espírita

A Caminho da Luz, tem como objetivo levar evangelização, informação, tratamento espiritual, desobsessão e passes “aos que sofrem desse mal”) o qual é vivenciado mais como espaço de treinamento mediúnico e de reafirmação de identidade espírita entre facilitadores do que de terapia espiritual direcionada à atenção terapêutica de portadores do HIV do mundo material.

Para Amaral Sales (2021) o HIV é mais que um vírus-biológico: é também vírus-ideológico, social, cultural, histórico, discursivo que atravessa toda a sociedade – de maneiras diferentes de acordo com cada grupo – mas continua marginalizando grupos determinados na sombra de um passado de dor e sofrimento: até hoje se associa HIV/Aids à homossexualidade, como infecção exclusiva de pessoas com determinadas características, sendo que a incidência em heterossexuais tem crescido a cada dia. Trazendo para nossa temática a fala do autor, questionamos por que os grupos religiosos ainda mantem essa postura arcaica trazendo sofrimento aos seus fiéis? Por que o preconceito continua a marginalizar e esconder as pessoas vivendo com HIV/Aids, levando-as a processos de adoecimentos, mortes físicas e sociais dentro de comunidades religiosas que deveriam acolhê-las?

A compreensão da influência das religiões para PVHA em sua aceitação e enfrentamento da síndrome no contexto do HIV se torna primordial pois evidencia uma conduta reprovável de práticas sociais e sexuais preconizadas por alguns grupos religiosos. Porém, os vieses existentes de cada religião e sua concepção própria acerca do processo saúde-doença nos permitem vislumbrar e abordar essa temática junto com essa população e fomentar novas estratégias para uma assistência voltada extinguir preconceitos e atitudes relacionados ao HIV e PVHA.

1.9 Assistência espiritual na enfermagem

Abordar a E/R na enfermagem se torna um desafio, não só pelo caráter subjetivo do tema, como também a ausência de debates e disciplinas que abordem o assunto durante a formação acadêmica. Apesar disso, a graduação de enfermagem ainda está à frente de outras graduações das ciências da saúde, visto que, desde o início, o paciente é abordado na sua integralidade, sendo visto como um ser holístico. A dimensão física, psíquica, cultural e social está inserida em várias teorias de enfermagem e norteiam a assistência de enfermagem.

Para Tavares *et al* (2018) o tema espiritualidade é um tema presente na história da enfermagem, desde o acolhimento, contribuindo diretamente na saúde do paciente, tanto no en-

frentamento de sua doença, como na compreensão do tratamento proposto; e no processo de hospitalização, onde o paciente muitas vezes vivencia sentimento de perda, saudades de casa e da família, associado à falta de privacidade, e o desânimo quanto ao diagnóstico. Se relaciona ao significado da vida, da fé em algo, do processo da enfermidade, da morte. Os autores destacam ainda que a própria espiritualidade do enfermeiro pode influenciar na percepção do mundo e, sobretudo, nos cuidados prestados e destacam que o enfermeiro necessita conhecer os principais fatores de revigoramentos dos pacientes hospitalizados, incitando-os e reforçando sua fé, a fim de que possa proporcionar conforto e segurança, oferecidos pela espiritualidade ou religião.

Quando se traça um perfil histórico da profissão de enfermagem, sabe-se que a mesma se originou praticamente da igreja, quando as Irmãs de Caridade da ordem São Vicente de Paula em 1617 começaram a reunir outras irmãs católicas para servir tanto a hospitais religiosos quanto seculares. Em 1837, ao receber “um chamado de Deus”, Florence Nightingale buscou treinamento entre as Irmãs de Caridade e Diaconisas protestantes, começando a colocar em prática os princípios que ela havia aprendido (ABDALA *et al.*, 2017).

Todavia, apesar da conotação religiosa que cerca o ato de cuidar desde a sua origem, somente a partir do início da produção científica em enfermagem nasceu uma visão, pautada na identificação das necessidades espirituais, independente da pessoa ser ou não religiosa (ABDALA *et al.*, 2017). A Enfermagem vem crescendo e cada vez mais se aproximando do âmbito científico, sem perder sua essência em relação ao lado humanizado do cuidado. Desde a época de Florence Nightingale até os dias atuais, a enfermagem tem deixado de ser uma profissão que pertence apenas à saúde da mulher ou à higiene. Há diversas vertentes na profissão e ela vem crescendo, indo da atenção básica até ao cuidado especializado, sem deixar o cuidado holístico e humano. O processo de evolução da Enfermagem tem-se modificado ao longo dos anos, trazendo autonomia, identidade e responsabilidade ao profissional Enfermeiro (LIMA; GUIMARÃES, 2020).

Nas décadas de 1980 e 90, teóricos de enfermagem, como Martha Elizabeth Rogers, Margareth Newman, Rosemary Rizzo Parse e Jean Watson, escrevem sobre a Espiritualidade Humana como dimensão essencial do cuidado e do cuidar em enfermagem. No Brasil, Wanda de Aguiar Horta, enfermeira e filósofa, doutora em enfermagem pela Universidade de São Paulo, defende e publica sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas colocando a Espiritualidade como uma necessidade básica do ser humano a ser observada e cuidada pelo enfermeiro em seu planejamento de assistência (SÁ; FERREIRA, 2007; SILVA; GONÇALVES, 2020).

A Teoria do Cuidado Humano desenvolvida por Jean Watson surgiu entre 1975 e 1979, centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para além do corpo físico. A autora afirma que sua teoria tanto é ciência como arte, e busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da enfermagem, que evolui por meio da interação enfermeiro e cliente, visando ao cuidado terapêutico (FAVERO, 2009).

Considera o cuidado humano transpessoal como o contato dos mundos subjetivos do enfermeiro e do cliente, o qual tem o potencial de ir além do físico-material ou do mental-emocional, já que entra em contato e toca o mais alto senso espiritual do “*self*”, da alma, do espírito. O cuidado transpessoal determina uma atitude de respeito pelo sagrado, que é o outro, estando esse ser conectado ao universo e ao outro, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades, o que Watson, a partir de 2005, chama em sua teoria de *Caritas* (FAVERO, 2009).

O processo Clinical Caritas procura dar maior abertura a esta maneira de cuidar por meio de uma perspectiva integrativa e pós-moderna, transcendendo os modelos estáticos de Enfermagem. Assim, *caritas*, uma palavra de origem latina, significa tratar com carinho, cuidar, afagar, acariciar, apreciar, dar atenção especial, senão amor. Assim, são dez os *caritas process* ou elementos do cuidado que norteiam sua concepção de Cuidado Transpessoal, em que o Processo Interacional Paciente-Profissional é direcionado a partir da tríade Mente-Corpo-Espírito (ALVES, 2017).

Outra teoria de enfermagem que facilita a compreensão do objeto de estudo é a teoria transcultural desenvolvida por Madeleine Leininger. Ela foi construída sobre a premissa de que as pessoas de cada cultura não apenas podem saber e definir as formas nas quais experimentam e percebem seu mundo, mas também como relacionam suas crenças e práticas gerais de saúde. Sendo assim, o atendimento de enfermagem desenvolve-se do contexto cultural no qual será proporcionado (GEORGE, 2000).

Leininger apresentou pressupostos que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de formas diferentes, sendo cultura definido como valores, crenças, normas e modos de vidas de um determinado grupo aprendido, compartilhado e transmitido e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada. Os valores, crenças e as práticas para o cuidado culturalmente relacionado são formadas e frequentemente incorporadas no contexto de visão de mundo linguístico, religioso (ou espiritual), de companheirismo (social), político (legal), educacional, econômico, tecnológico, etno-histórico e ambiental da cultura (GEORGE, 2000).

Leininger desenvolveu uma metodologia na qual sua teoria pode ser usada na prática das medidas de cuidados. Dessa forma, indica que as realizações de cuidados têm o objetivo de ajudar e conduzir as ações e resoluções de enfermagem através da preservação ou manutenção do cuidado cultural e reforma ou padronização do cuidado cultural (HENCKEMAIER L *et al.*, 2014). A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger é apontada como teoria que tem como grande preocupação o cuidado baseado nas crenças, valores e atitudes de cada pessoa e cultura (HENCKEMAIER L *et al.*, 2014).

A teoria de enfermagem transcultural é complexa, e o enfermeiro, para aplicá-la, deve ter de dispor de tempo para relacionar-se com pessoas, verificando os valores culturais do indivíduo a ser cuidado e para que possa ser aplicado ele precisa se autoavaliar, para verificar se está apto para aceitar a relação de cuidador frente ao indivíduo a ser cuidado em dessemelhantes cenários e contextos. Diante da autoavaliação o enfermeiro deve levar em consideração os aspectos como os conflitos éticos e raciais, problemas religiosos e sociais e obstáculos físicos e mentais (PAGLIUCA; MAIAIER, 2012).

A teoria transcultural de Leininger adequa-se perfeitamente aos estudos de espiritualidade e religiosidade, visto que considera as culturas nos diferentes grupos religiosos e, assim, se desenha um cuidado cultural individualizado em saúde, sendo completamente aplicável no contexto brasileiro visto a pluralidade religiosa existente no país. Valorizar a dimensão religiosa, realizar uma anamnese espiritual e um cuidado espiritual envolve não só o preparo acadêmico para tal; implica o profissional lidar com sua própria E/R.

Inne, Fernandes e Puggina (2018) realizaram um estudo com 132 enfermeiros com o objetivo de avaliar a espiritualidade dos enfermeiros e associá-la com características pessoais, setor de atuação e práticas espirituais e analisar a influência da espiritualidade dos enfermeiros no registro do diagnóstico “Sofrimento Espiritual”. Eles concluíram que quanto maior a maturidade religiosa de uma pessoa, no sentido de buscar por respostas sobre o significado da vida e permitir ter experiências religiosas autênticas, maior será a sua capacidade de refletir e viver a sua espiritualidade de forma saudável. Os autores destacam que não há como pensar em assistência espiritual prestada pelo enfermeiro sem considerar a sua própria espiritualidade. Entretanto, outros fatores podem interferir nesse processo, como cultura pessoal, cultura hospitalar e formação acadêmica.

A E/R são dimensões humanas que devem ser contempladas durante a assistência de enfermagem, possibilitando uma construção do conhecimento. O profissional quando toma conhecimento da importância do cuidado espiritual para a clientela cria um vínculo de confiança e estabelece estratégias de *coping* religioso para o paciente.

O *coping* refere-se a um conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas utilizadas para enfrentar situações de estresse. Quando o indivíduo faz uso de sua religião, espiritualidade ou fé como estratégia de enfrentamento para lidar com contextos que podem causar esgotamento físico, mental e espiritual, há o *coping* religioso/espiritual (MESQUITA *et al.* , 2013)

Costa *et al.* (2019) realizaram um estudo para demonstrar a relação entre o *coping* religioso/espiritual e a esperança em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. Os autores reforçam a figura do enfermeiro como protagonista do processo de cuidado ao estabelecer, na relação enfermeiro-paciente-família, vínculo que permeará valores humanísticos e ideais metafísicos, de modo a enaltecer um olhar integral voltado a essa tríade. Por meio da inserção da espiritualidade, o ato de cuidar abarcará a dimensão objetiva e subjetiva do paciente e da família que vive a experiência do tratamento quimioterápico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Teoria das Representações Sociais

Em janeiro de 1948, Serge Moscovici chega a Paris vindo da Romênia, onde teve experiência com racismo, discriminação e o nascimento do totalitarismo comunista. Ele acreditava que a psicologia social era uma disciplina com potencial de encontrar soluções tanto para essas questões quanto para os problemas políticos, econômicos e industriais do pós-guerra. Em 1961, ele publica seu livro “La psychanalyse, son image et son public” (MOSCOVICI, 1961), que se torna um marco de inauguração do campo de estudo das representações sociais, desenvolvendo o que ele chamou de uma psicossociologia do conhecimento, no qual argumenta que a psicologia social ocupa uma posição única e estratégica entre as ciências sociais e, especificamente, entre a sociologia e a antropologia social (MARKOVÁ, 2017; SÁ, 2015).

Nessa obra seminal ele recupera conceitos de “representações coletivas”, iniciado por Émile Durkheim, que eram vistas como entidades explicativas absolutas e irreduzíveis e não como fenômenos que deveriam ser eles próprios explicados (SÁ, 2015). Moscovici (1961) busca compreender como a produção de conhecimentos plurais constitui e reforça a identidade dos grupos, como influi em suas práticas e como estas reconstituem seu pensamento.

Moscovici (1961) considera a representação social como uma forma de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos, elas possuem uma função constitutiva da realidade. A representação social é alternadamente o sinal e a reprodução de um objeto socialmente valorizado. Denise Jodelet, contemporânea de Moscovici, define e aprofunda as Representações Sociais e a define como fenômenos diretamente observáveis ou reconstruídos por um trabalho científico (JODELET, 1995).

Segundo Jodelet (2001), as Representações Sociais circulam nos discursos, são carregadas pelas palavras, veiculadas nas mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas nas condutas e agenciamentos materiais ou espaciais. São fenômenos complexos sempre ativos e agindo na vida social. Em sua riqueza fenomênica, assinalam-se elementos diversos, os quais são às vezes estudados de maneira isolada: elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões e imagens. Contudo, esses elementos são

sempre organizados como uma espécie de saber que diz alguma coisa sobre o estado da realidade (JODELET, 2001).

Spink (1993) salienta a importância da representação social para desconstrução retórica da verdade, que pode ser visualizada como um movimento em três tempos: da epistemologia clássica à incorporação do social, com a consequente relativização da objetividade, e, no terceiro momento, à ampliação do olhar, de modo a ver o senso comum não mais como cidadã de segunda classe, mas como conhecimento legítimo e motor das transformações sociais. As representações são elaboradas a partir de um campo socialmente estruturado e são frutos de um *imprinting* social.

Toda a representação social é a representação de um objeto, porém nem todo objeto concebível é, forçadamente, um objeto de representação social. Para ser considerado um objeto representacional duas cláusulas mínimas devem ser preenchidas: ele deve ter uma “saliência sócio-cognitiva” e um conjunto de práticas aferentes na população visada, ou seja, deve assegurar para a maior parte dos indivíduos uma função de conceitos e constituir uma referência frequente nas comunicações trocadas dentro da unidade social considerada (FLAMENT; ROUQUETTE, 2003).

Assim, conclui-se que toda representação social é a representação de alguma coisa ou alguém, sempre para alguém ou seu grupo. Ela não é a cópia do real, nem do ideal, muito menos a parte subjetiva do objeto, ela é o processo pelo qual se estabelece a relação entre o mundo e as coisas (SEGA, 2000). As representações sociais se formam, “cristalizam” e se propagam em um quadro de trocas linguísticas e simbólicas, fazendo uma negociação permanente da sociabilidade. As análises de conteúdo das mídias, observações das interações cotidianas e grupos de discussão fornecem meio de investigações privilegiadas para diagnosticar a saliência do objeto nas comunicações (FLAMENT; ROUQUETTE, 2003).

Moscovici considera existirem nas sociedades contemporâneas dois universos de pensamento: um consensual, que corresponde às atividades intelectuais da interação social cotidiana pelas quais emergem as representações; e outro reificado, caracterizado pelo pensamento científico de um grupo específico qualificado, cristalizado no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna (SÁ, 2015).

O universo consensual abrigaria as teorias de senso comum, que são justificadas pela “lógica natural” elas se utilizam de mecanismos diferentes de “verificação”, são menos sensíveis aos requisitos de objetividade, já o universo reificado seria um sistema com diferentes papéis e categorias, cujos ocupantes não são igualmente autorizados a representá-la e o grau de participação é determinado exclusivamente pelo nível de qualificação (SÁ, 2015).

O surgimento de uma representação ocorre a partir de três fenômenos: dispersão da informação, enfoque e pressão a inferências. Esses fenômenos em si são desenvolvidos a partir de dois processos principais denominados, por Moscovici, como objetivação e ancoragem.

A objetivação está relacionada à maneira pela qual um objeto novo será simplificado, imaginado e diagramado, a partir da comunicação sobre ele, naturalizando aquele objeto (RATEAU *et al.*, 2012). Isso ocorrerá através do conhecimento sobre o objeto, tornando concreto e quase tangível um conceito que antes era abstrato. Ela transforma um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o de seu quadro conceitual científico, privilegiando certas informações em detrimento de outras, simplificando-as, dissociando-as de seu contexto original de produção e associando-as ao contexto do conhecimento imagético do sujeito ou do grupo, nesse processo se perde em riqueza informativa, já que há simplificação, o que se ganha em compreensão (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2000).

Já a ancoragem consiste na integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social preexistente e às transformações implicadas. Corresponde à maneira como um objeto se localiza em um sistema de pensamento já existente, baseado no processo de analogia, onde o novo objeto é assimilado em formas já conhecidas, sendo integrado aos sistemas de normas e valores preexistentes. Assim, um novo objeto é ancorado quando passa a fazer parte de um sistema de categorias já existentes, mediante alguns ajustes (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2000).

Moscovici considera que a classificação se dá mediante a escolha de um dos paradigmas, ou protótipos estocados na nossa memória, com o qual comparamos o objeto e decidimos se ele pode ou não ser incluído na classe em questão (RATEAU *et al.*, 2012; SÁ, 2015). Outra perspectiva na análise da ancoragem consiste em estudar os efeitos nos contextos em comunicação, em que uma representação sobre um objeto é produzida ou ativada. A comunicação tem um papel fundamental nas trocas e interações que contribuem para a instituição do universo consensual no qual Moscovici sistematiza em três sistemas: a propagação, a difusão e a propaganda (JODELET, 1993; VALA, 2000).

A propagação é uma modalidade de comunicação que visa harmonizar as mensagens produzidas por membros de um grupo para o seu próprio grupo, e tem como finalidade integrar uma informação nova, ou um problema a um sistema de valores do grupo (VALA, 2000).

A difusão não se dirige a um público, mas a uma pluralidade de públicos, veículos de comunicação que utilizam a difusão, falam do objeto de forma aberta, difundido diferentes pontos de vistas contraditórios, mostrando que se trata de um objeto que pode haver divergências (VALA, 2000). A comunicação no sistema de propaganda oferece uma visão do mundo

clivada e conflitual, reforça a afirmação de identidade de um grupo e ao mesmo tempo constrói a imagem negativa do outro (VALA, 2000).

Analisar as representações sociais partindo de sua ancoragem com os sistemas de comunicações ajudará a identificar o lado hegemônico, consensual ou polêmico e permitirá associar a construção da representação social a partir dos processos de comunicação intra e intergrupais (VALA, 2000).

Souza *et al.* (2019) realizaram um estudo de representações sociais com um grupo de idosos acerca do HIV/Aids e verificou que a presença de sentimentos negativos associados à discriminação que foi robustecida por matérias sensacionalistas que associaram a doença a comportamentos socialmente reprováveis, causando condenação e morte social para pessoas que viviam com HIV. Os autores ainda enfatizam que os processos de estigmatização e discriminação adotados pela sociedade e serviços de saúde foram influenciados diretamente pela mídia por meio de matérias apelativas, com o objetivo de prender a atenção de expectadores e criam uma simbolização contraproducente corroborada ao longo dos anos.

Como consequência do processo de ancoragem e objetivação, emerge a transformação do não familiar em familiar, ou seja, um objeto que antes era estranho para um grupo social passa a ser conhecido, dominado e integrado. Uma realidade social é criada apenas quando o novo, ou não familiar, vem a ser incorporado aos universos consensuais. Através de processos pelos quais ele passa a ser familiar, perde a novidade e torna-se socialmente conhecido e real. Ao transformar o estranho em familiar, deixa de ser menos extraordinário e, conseqüentemente, dominado, controlado e mais interessante (SÁ, 2015).

O surgimento do HIV/Aids alterou as práticas sociais se tornando um objeto de representação da população. Os grupos sociais formaram suas opiniões baseadas no universo consensual e reificado, propagado através da mídia. As relações interpessoais foram modificadas e o medo de contágio alteraram as práticas de grupo.

Abric (1994) especificou acerca das condições necessárias para que a representação afete a ação, como a existência de uma carga afetiva forte, na qual a referência explícita ou não à memória coletiva, sendo necessária para manter ou justificar a identidade, a existência ou à prática dos grupos. O autor denomina como práticas significantes, que correspondem a crenças partilhadas, mas não verbalizadas (WOLTER; SÁ, 2013).

O segundo caso em que Abric afirma que as práticas são determinadas pela representação correspondem às situações de práticas não restritivas (não constrangidas), onde a pessoa possui escolhas que não são impostas por uma norma social, autoridade ou instituição. O au-

tor formula a hipótese que quanto mais complexas e ambíguas são as situações que o ator enfrenta, mais determinante é o papel das representações (WOLTER; SÁ, 2013).

Flament e Rouquete (2003) consideram quatro aspectos de noção da prática. São eles:

- A prática como passagem ao ato: trata-se de uma variável binária na presença/ausência. É a concretização da ação.
- A prática como recorrente: essa acepção retorna à frequência de um comportamento ou de uma série de comportamentos mais ou menos ativos que envolvam o objeto considerado.
- A prática como maneira de fazer: o jeito de fazer pode proceder da recorrência da ação, o *modus operandi* (a forma específica de fazer).
- A prática como cálculo: a prática assim entendida chama a elaboração e avaliação de estratégias. Trata-se, portanto, da prática assumida dessa vez como trabalho cognitivo de preparação e de acompanhamento, depois da avaliação e da ação.

Ao refletir sobre os aspectos da prática, principalmente a prática como cálculo, podemos associar as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde a fim de conter a epidemia do HIV/Aids, pois através do estudo das práticas como maneira de fazer, recorrente e passagem de ato da população, pode difundir informações corretas para práticas seguras com o objetivo de conter e conscientizar sobre a epidemia. Do mesmo modo, a banalização da síndrome como uma doença crônica e controlável pode levar a práticas sexuais sem proteção por alguns grupos, principalmente entre os mais jovens, acarretando um aumento no número de novos casos.

Os estudos atuais da TRS mostram três condições que afetam a relação entre práticas e representações: a percepção de uma situação como reversível ou irreversível que os sujeitos possuem, o seu grau de autonomia diante de cada situação específica e o grau de ativação das cargas afetivas mobilizadas como a memória coletiva (CAMPOS, 2017).

A TRS, desdobra-se em três abordagens teóricas complementares, são elas: a abordagem processual liderada por Denise Jodelet, mais próxima teoria original de Moscovici; a abordagem societal desenvolvida por Wiliem Doise; e a terceira, a abordagem estrutural liderada por Jean-Claude Abric. Há ainda a proposta da dialogicidade iniciada por Marková que trabalha com a produção discursiva das Representações Sociais.

Neste estudo priorizaram-se as abordagens de Jodelet e Abric.

2.2 A representação social e suas abordagens processual e de dialogicidade

A abordagem processual caracteriza-se por considerar que, para acessar o conhecimento das representações sociais, deve-se basear em uma abordagem hermenêutica, entendendo o ser humano como produtor de sentidos, e concentrando-se na análise de produções simbólicas, significados, e da linguagem através da qual os seres humanos constroem o mundo em que vivemos (BANCHS, 2000). Para Jodelet (2012), representações são o estudo dos processos pelos quais os indivíduos constroem e interpretam seu mundo e sua vida, permitindo a integração das dimensões sociais e culturais com a história. A autora destaca três particularidades da Representações Sociais: a vitalidade, a transversalidade e a complexidade.

A vitalidade decorrente da difusão da TRS e a sua diversidade nos países onde é empregada, além das abordagens metodológica e teóricas que inspira, quanto à transversalidade uma vez que articula diversos campos de pesquisa e busca a coordenação real de seus pontos de vista. Considera essa transversalidade a contribuição mais promissora nesse domínio de estudos. Ao mesmo tempo, a complexidade que implica sua definição e tratamento dos fenômenos que ela busca explicar, pois é demasiado complexo compreender o funcionamento psíquico do sujeito e o funcionamento do sistema social na medida em que estes afetam e são afetados pelas representações (BERTONI; GALINKIN, 2017; JODELET, 2012).

Enquanto fenômeno psicossocial, a representação social possui duas funções principais: processos de formação de conduta e orientação das comunicações sociais. Posteriormente Abric acrescentou duas funções que seria função identitária, que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade, e uma função justificadora, que permite aos atores manterem e forçarem seu comportamento de diferenciação social nas relações entre grupos (NÓBREGA, 2001).

Jodelet reforça as concepções teóricas de Moscovici e enfatiza que as Representações Sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais, integrando o lado da cognição, da linguagem e da comunicação e considerando as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas intervêm (BERTONI; GALINKIN, 2017).

A representação social está com seu objeto numa relação de “simbolização”, ela toma seu lugar, e de “interpretação”, conferindo significações. Essas significações resultam de uma

atividade que faz da representação uma “construção” e uma “expressão” do sujeito. Entretanto, a particularidade do estudo das representações sociais é a de integrar na análise desses processos o pertencimento e a participação sociais e culturais do sujeito. É o que a distingue de uma perspectiva puramente cognitivista ou clínica. De outro lado, pode também se prender a uma atividade mental de um grupo ou de uma coletividade, ou considerar essa atividade como o efeito de processos ideológicos que atravessam o indivíduo (JODELET, 2012).

Como forma de saber a representação, apresenta-se como uma “modelização” do objeto diretamente legível inferindo a diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais. Todo estudo de representação passará por uma análise das características ligadas ao fato de que ela é uma forma de conhecimento. Qualificar esse saber de “prático” se refere à experiência a partir da qual ele se produz, aos quadros e condições nos quais se insere, e sobretudo ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro, o que esclarece suas funções e sua eficácia sociais. A posição ocupada pela representação no ajustamento prático do sujeito a seu meio faz com que seja qualificada, por alguns, de compromisso psicossocial. Jodelet (2012) articula esse conjunto de elementos e relações da seguinte forma: “Quem sabe e de onde sabe? — O que e como sabe? — Sobre o que sabe e com que efeito?” (JODELET, 2012).

Essa relação objeto e construção da representação a partir do processo de objetivação e ancoragem é bem explicitada por Denise Jodelet com o exemplo da Aids, no qual ela descreve como foi construída essa representação a partir dos meios de comunicação de massa e a ciência (universo reificado e o senso comum). A representação moral definiu a síndrome como um câncer gay, castigo de Deus ou até mesmo vingança da natureza o que contribuiu para a estigmatização das PVHA e pessoas consideradas “grupo de risco”. Com o passar do tempo e com a evolução da medicina, entendeu-se a Aids como uma doença transmitida pelo sangue e por fluidos corporais, alterando-se a representação moral para biológica. A representação social do HIV foi se alterando de acordo com as mudanças na sociedade e na medicina (JODELET, 2012).

Essa representação do HIV/Aids ainda arcaica do início da pandemia ainda se faz presente em alguns grupos religiosos mais tradicionais como mostra Espírito Santo (2016) em seu estudo acerca das representações sociais de líderes religiosos pentecostais que observou que a ancoragem da Aids para o grupo está centrada na ideia de pecado, relacionando como castigo divino e desobediência a leis divinas.

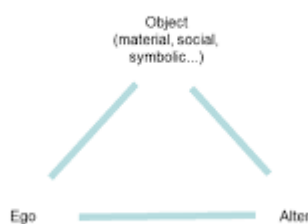
Na abordagem processual, essa visão binária entre o sujeito e o objeto, é substituída por uma visão em três termos: Sujeito individual – Sujeito Social – Objeto. Nesse olhar, o

Alter (Sujeito social) é o mediador das relações entre o Ego (sujeito individual) e o objeto (WOLTER, 2014). O alter, o ego e o objeto são uma tríade dentro da qual os componentes estão internamente relacionados. Essa “tríade” mostra que o aspecto social deve ser levado em conta desde a fase de descrição do objeto; que é impossível retirá-lo do dispositivo da observação, pois é por meio dele que o conceito é definido e usado para descrever.

O triângulo semiótico dinâmico Alter-Ego-Objeto (ou símbolo representação) é uma unidade básica da teoria de conhecimento. Essas relações triangulares são dinâmicas, pela tensão existente entre o ego e o alter, pelo fato dessa relação ego-alter-objeto acontecer de forma simultânea e sequencial. Essa característica dialógica normalmente gera tensões e conflitos entre parceiros que precisam negociar posições (MARKOVÁ, 2006). A tríade Alter-Ego-Objeto, rompe radicalmente com uma concepção baseada no esquema clássico sujeito-objeto, ao propor a ideia de um conhecimento social (ALAYA, 2014).

Figura 1 - Tríade Alter-Ego-Objeto.

The psychosocial triangle (Moscovici, 1984)



Fonte: Moscovici, 1984.

Esse caráter dinâmico explica como algumas representações são baseadas em crenças, onde a relação sujeita-outrem (ego-alter) tem mais peso do que aquela que liga o sujeito ao objeto, a tal ponto que nem o raciocínio lógico, nem mesmo a experiência empírica poderiam colocá-los em questão, enquanto outras representações se baseiam mais na relação sujeito-objeto e são, sobretudo, baseadas em conhecimento. As crenças são de origem social e sua ligação com o objeto provém do Alter (grupo, sociedade ou cultura) mais do que do próprio objeto (ALAYA, 2014).

Algumas representações sociais estão baseadas em crenças principalmente. Na Teoria das Representações Sociais, as crenças são consideradas elementos com alguma consistência e duração, fundadas na cultura, na tradição e na linguagem. São caracterizadas por sua resistência e rigidez, e por estarem impregnadas de afetividade. As crenças são de origem social e

sua ligação com o objeto provém do Alter (grupo, sociedade ou cultura) mais do que do próprio Objeto.

A partir desse ponto de vista das representações sociais baseadas em crenças, as relações Ego-Alter estão em primeiro plano, enquanto as relações Ego-Objeto são secundárias às crenças culturalmente compartilhadas nos tornam insensíveis às diferenças e às inconsistências dos objetos na percepção e na experiência. Há representações sociais baseadas somente no conhecimento, como do senso comum, que implica diferentes tipos de saber: pode basear-se no conhecimento científico transformado, na experiência, nos relacionamentos interpessoais, nas conversas, na vida cotidiana etc. Nessas representações, a relação Ego-Objeto encontra-se em primeiro plano. Na verdade, as representações sociais sempre envolvem o conhecimento bem como as crenças, e é pouco provável encontrar um sistema de pensamento que possa se basear, puramente, em conhecimentos ou simplesmente em crenças porque, nesse caso, estaríamos falando de ciência ou de religião, respectivamente (CERRATO, 2014).

Marková estudou as representações sociais e sua relação com a dialogicidade. Definindo a dialogicidade como a capacidade de conceber, criar e comunicar sobre as realidades sociais em termos de diversidade, é através dela que as conversas entre o ego e alter ocorre. A característica específica dela é a ênfase na natureza multifacetada da comunicação. Ela é tão parte da natureza humana quanto são os universais biológicos e cognitivos (MARKOVÁ, 2006).

Para a autora as representações sociais são thematizadas através dos gêneros da comunicação. A linguagem contida nesses gêneros desempenha um papel importante no contexto da invenção mística e na formação e manutenção das representações das pessoas a respeito de seu mundo social. Portanto, por trás dos gêneros está o nosso passado social compartilhado, assim como um enorme potencial aberto e ilimitado para novos questionamentos. Quando a teoria das representações sociais se refere ao estudo dos fenômenos que são tematizados no discurso público, ela se torna uma teoria entre as outras teorias psicológicas, que são baseadas nas representações sociais. O estudo dos aspectos linguísticos da thematização, da polifasia no pensamento e no conhecimento, das explorações da fala e dos gêneros de comunicação são apenas algumas das possibilidades de desenvolvimento da teoria das Representações Sociais (MARKOVA, 2006).

Jodelet corrobora o pensamento de Marková acerca da importância da comunicação no processo de formação da representação.

As representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas intervêm (JODELET, 2012, p. 8).

As comunicações, as representações e as relações sociais estão imbricadas de tal maneira, que uns modelam os outros termos da dinâmica social. As Representações Sociais guiam as condutas que modelam as formas e entrelaçam as redes das relações sociais, formando e estruturam as representações (NÓBREGA, 2001).

As representações são imersas em um movimento contínuo das ondas de comunicação. Um conjunto de mensagens é organizado cognitivamente conforme as diferentes modalidades de comunicação. As modalidades de deslocamento das representações através das formas de comunicação-difusão, propagação e propaganda, correspondem à edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos, cada forma de comunicação tem por efeito a produção de representações sociais específicas, conforme as interações entre sujeito e objeto articulado no âmbito do pensamento social (NÓBREGA, 2001).

Esse processo de formação da representação foi elucidado durante as entrevistas no decorrer do processo da pesquisa, e o pensamento social do grupo explícito na análise processual dos dados.

2.3 A abordagem estrutural das representações sociais

Essa abordagem contribuiu massivamente para esclarecer as lógicas sociocognitivas implícitas nas organizações gerais das representações sociais (RATEAU, 2012). Ela foi desenvolvida em 1976 em Aix-en-Provence pelo psicólogo francês Jean-Claude Abric, tendo também ficado conhecida pela Teoria do Núcleo Central (TNC). Os investigadores dessa região compuseram o Grupo do Midi que, segundo Denise Jodelet, foi o único a desenvolver uma metodologia própria e adequada às suas proposições teóricas a respeito das representações sociais (SÁ, 1996).

A abordagem estrutural ou teoria do núcleo central se funda na noção de práticas sociais comuns, coletivas, diretamente vinculadas ao objeto social representado. Abric (1998) afirma que uma representação é constituída de um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes sobre algum objeto social e estes elementos se organizam e constituem um sistema

sociocognitivo. Esse sistema nomeado como teoria do núcleo central. A base da teoria do núcleo central considera que, na imagem completa dos elementos cognitivos que compõem uma representação, determinados elementos desempenham um papel diferente de outros. O NC está relacionado com a memória coletiva traduzida na significação, consistência e permanência da representação sendo, portanto, estável e resistente a mudanças (MACHADO; ANICETO, 2010).

O núcleo central fornece duas funções essenciais: (a) uma geradora de significado, pois é pelo núcleo central que outros elementos no campo representacional adquirem significado e valor específico para os indivíduos; e (b) uma função organizacional, pois em torno do núcleo central que outros elementos da representação se organizam. É esse mesmo núcleo que determina as relações que estes elementos mantêm entre si (RATEAU *et al.*, 2012).

O núcleo central cuja determinação é essencialmente social está ligado a condições históricas, sociológicas e ideológicas, associado a valores e normas definindo os princípios fundamentais em torno dos quais se constituem as representações. Ele define a homogeneidade do grupo além de um papel na estabilidade e coerência da representação, assegura a perenidade, a manutenção no tempo e a durabilidade (ABRIC, 1998).

Outras funções do sistema central são dar estabilidade à representação e organizar seus elementos. O sistema central contém os elementos mais estáveis, o que significa que são resistentes a mudanças (ABRIC, 2003). Bauer (1994) afirma que as representações sociais funcionam como um sistema imunizante que neutraliza ativamente inovações simbólicas através de sua ancoragem em formações tradicionais. Uma mudança no sistema central acarreta uma mudança de representação: são elementos não negociáveis (ABRIC, 2003). As cognições centrais são mais frequentes e fortemente ligadas às outras cognições (CAMPOS, 2003). Geralmente os elementos centrais são abstratos e tratam de aspectos normativos da representação, ligados a sistemas de valores (WALCHEKE; CAMARGO, 2007)

O sistema periférico, por sua vez, possibilita uma representação mais adaptada aos contextos sociais, tendo três funções essenciais: a de prescrever comportamentos e tomadas de posição frente a alguma situação, a de personalizar uma representação e os comportamentos ligados a ela, e o papel de proteção ao núcleo central. Permite também certa heterogeneidade de comportamentos e conteúdo, ele é fundamental, pois, associado ao núcleo central, permite uma ancoragem na realidade (ABRIC, 1998; SÁ, 2015).

Abriç (1998) destaca que a centralidade de um elemento não pode ser atribuída somente por critérios quantitativos, ao contrário, o núcleo central possui uma dimensão qualitativa. A presença maciça de um elemento não define sua centralidade, mas sim o fato que ela

dá significado à representação, podendo ter dois elementos, dos quais a importância quantitativa é idêntica e muito forte, com uma frequência alta no discurso dos sujeitos, mas um dos elementos ser central outro não (ABRIC, 1998).

A teoria de Abric propõe que um objeto não existe por si mesmo, mas apenas em relação a um sujeito (indivíduo ou grupo); é a relação sujeito-objeto que determina o próprio objeto. Ao formar a sua representação de um objeto, o sujeito, de certo modo, o constitui, o reconstrói no seu sistema cognitivo, de modo a adequá-lo ao seu sistema de valores, o qual, por sua vez, depende da sua história e do contexto social e ideológico no qual está inserido.

Essa representação reestrutura a realidade para permitir a integração das características “objetivas” do objeto, das experiências anteriores do sujeito e das normas e valores do grupo. Assim, as representações podem ser vistas como uma visão funcional do mundo, o que permite dar sentido à sua conduta e compreender a realidade através do seu próprio sistema de referências e, portanto, adaptar-se e definir o seu lugar. Elas constituem, ao mesmo tempo, o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com o qual é confrontado e lhe atribui uma significação específica (MAZZOTTI, 2002).

A existência desse duplo sistema permite compreender uma das características básicas das representações: elas são, simultaneamente, estáveis e móveis, rígidas, flexíveis e consensuais, mas também marcadas por fortes diferenças interindividuais. Essa característica se dá em razão das Representações Sociais serem alimentadas por experiências individuais, que integram os dados do vivido e da situação específica, e pela evolução das relações e das práticas sociais de que os indivíduos e os grupos participam (ABRIC, 1998).

Para explicá-las, Abric (1994b) considerou que a representação social, enquanto entidade unitária, é regida por um sistema interno duplo, cada parte tendo um papel específico, mas complementar ao da outra. Ou seja, a organização e o funcionamento da representação são regidos por um duplo sistema. O primeiro é o “sistema central” (o núcleo central), cuja determinação é essencialmente social, ligada às condições históricas, sociológicas e ideológicas, diretamente associado aos valores e às normas. É a base comum, propriamente social e coletiva, que define a homogeneidade de um grupo, através de comportamentos individualizados que podem parecer contraditórios.

O núcleo central desempenha um papel essencial na estabilidade e na coerência da representação; assegura sua perenidade, a manutenção no tempo; inscreve-se na duração e é a partir daí que evolui de maneira muito lenta. Sendo relativamente independente do contexto imediato no qual o indivíduo utiliza ou verbaliza suas representações; sua origem está no contexto global, histórico, social, ideológico, que define as normas e os valores dos indivíduos e

dos grupos num dado sistema social (ABRIC, 1994c). As suas funções são gerar o significado básico da representação e determinar a organização global de todos os elementos.

Já o sistema periférico possibilita que uma representação seja adaptada a vários contextos sociais possuindo três funções essenciais: (a) prescrever comportamento e tomada de posição, permitindo aos indivíduos saberem o que é normal ou não dizer ou fazer em uma situação dada, em face de seus propósitos; (b) permitir a personalização da representação e dos comportamentos que estão ligados a este. Dependendo do contexto, a mesma representação pode levar a opiniões interpessoais diferentes dentro de um grupo. Estas diferenças permanecem compatíveis com o sistema central, mas correspondem a uma variabilidade interna do sistema periférico; (c) proteger o núcleo central quando necessário atua como um “amortecedor” da representação.

Nesse sentido, a transformação da representação social ocorre, na maioria dos casos, por meio da modificação prévia dos elementos periféricos. Como proposto por Flament (1989), em estes elementos periféricos permitem que as representações operem como uma grade de descrição das situações experimentadas pelos indivíduos. Se o núcleo central pode ser entendido como a parte abstrata da representação, o sistema periférico deve ser entendido como sua parte concreta e operacional (RATEAU *et al.*, 2012). Compreender a dinâmica entre o núcleo central e sistema periférico permite não só uma melhor visualização da estrutura representacional do objeto e a compreensão de como as representações orientam as práticas e como as práticas influenciam nas representações.

As práticas sociais são de algum modo a interface entre as circunstâncias externas e os prescritores internos da representação social. Os comportamentos evoluem para adaptar-se à mudança, as prescrições absolutas e condicionais tendem a absorver as eventuais modificações na prática, podendo alterar ou não o núcleo central (SÁ, 1996).

Flament distingue entre prescrições absolutas ou incondicionais e prescrições condicionais, isso quer dizer que quando as pessoas emitem julgamentos aparentemente absolutos, com frequência já se encontram nelas imbuídos, embora não de forma explícita, diversas alternativas condicionais consideradas legítimas ou mesmo algo como uma condicionalidade genérica, ou aberta. Essa hipótese de condicionalidade que proporciona um critério externo para distinguir entre as cognições do núcleo central, que seriam absolutas, e as cognições periféricas que seriam condicionais (SÁ, 2005).

Essa hipótese introduziu o conceito de representações autônomas que possuiriam um núcleo central, ou seja, “lugar de coerência” da representação de um dado objeto estaria no mesmo nível deste; e representações não autônomas, cujo “lugar de coerência” se encontraria

nas representações de outros objetos mais ou menos ligados ao objeto representado (SÁ, 2005).

Se o conjunto das prescrições absolutas de uma representação social forma um sistema único, falaremos de núcleo central e diremos que a representação é autônoma (...). Ao contrário, se as prescrições absolutas formam diversos conjuntos organizadores, falar-se-á de uma representação não autônoma (FLAMENT, 1994b, p. 44).

Utilizando-se da noção de “reversibilidade da situação”, presente nos estudos de Flament, Abric afirma que, nos casos em que a situação é percebida como reversível, as novas práticas contraditórias desencadearão modificações na representação, integrando elementos novos e transformando os elementos periféricos. Para o autor, “o núcleo central da representação permanece estável e insensível às modificações. Trata-se, pois, de uma transformação real, mas superficial da representação” (ABRIC, 1998, p. 35).

A transformação da representação pode ocorrer através da modificação das circunstâncias externas, sendo que já foram estudados três tipos de acordo com o sistema periférico: transformação progressiva, na qual as práticas não são completamente contraditórias com o núcleo central; transformação resistente, na qual a formulação e o funcionamento de mecanismo de defesa impedem o esfacelamento do núcleo; e a transformação brutal, na qual a modificação das circunstâncias ataca diretamente o significado central, sem possibilidade de fazer uso de recursos defensivos (CAMPOS, 2003).

As práticas sociais se referem a um processo interativo em que sujeito, objeto e grupo social não podem ser considerados isoladamente. E nessas interações que as práticas se consolidam, adquirem significados e são ressignificadas, impregnadas por valores e afetos, contribuindo para a construção e transformação das diferentes teorias psicológico-populares que permeiam o imaginário de determinado grupo social (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2000).

A noção de prática tem como referência básica a ação, o agir dos grupos, possuindo dois componentes o vivido e o cognitivo. As representações se modificam e as práticas também se transformam reciprocamente (CAMPOS, 2003). O estudo das representações sociais através da sua abordagem estrutural oferece uma possibilidade de compreensão das práticas sociais e sua influência na representação, além da compreensão do processo de ancoragem do objeto representacional.

Para Flament, a mudança das circunstâncias externas não afeta diretamente os prescritores absolutos, é necessário que haja modificações prévias das práticas sociais e dos prescri-

tores condicionais. A simples alteração dos prescritores condicionais basta para que os prescritores absolutos se mantenham intocáveis após as modificações externas. As pessoas protegem os prescritores absolutos utilizando “boas razões” a partir da seguinte frase “nestas circunstâncias faço algo inabitual, mas tenho uma boa razão para isto” (FLAMENT, 1994).

Sempre haverá a médio prazo, uma adequação entre o pensamento e a conduta, o que significa que a inadequação é um estado momentâneo. Essa inadequação se dá tanto a partir de racionalizações e boas razões, que explicam a inadequação temporária, quanto de mudanças dos prescritores condicionais e absolutos. A mudança das cognições absolutas pertencentes ao núcleo central, sempre ocorre após mudanças externas importantes e que se mantêm no tempo (WOLTER; SÁ, 2013)

A fim de concluir sobre a importância dessa abordagem, Abric (1998) destaca que a abordagem estrutural permite a análise de várias questões importantes relativas às ciências sociais: a compreensão e a evolução das mentalidades, a ação sobre atitudes e as opiniões, a influência social (minoritária ou majoritária) e, por fim, a organização interna e as regras de transformação social.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Com o intuito de responder às questões norteadoras propostas e alcançar os objetivos da pesquisa, foi realizado um estudo descritivo e exploratório com abordagem mista, com suporte na teoria das representações sociais. Os estudos de métodos mistos combinam abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em uma mesma investigação e essa combinação de métodos oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos e promovem o entendimento sobre o ocorrido uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem (SANTOS *et al.*, 2017).

Na pesquisa em enfermagem, a utilização dos métodos mistos tem sido referida como altamente valiosa para maior ou melhor entendimento dos fenômenos de estudo, naturalmente arraigados por densa complexidade, já que a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa parece alcançar graus mais elevados de compreensão dos resultados vinculados, consolidando um arcabouço teórico de suporte ao estudo de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A parte qualitativa do estudo compreendeu a análise prototípica e de similitude por coocorrência, no âmbito da abordagem estrutural, e as entrevistas em profundidade, na processual.

Cabe ressaltar que, neste estudo também serão utilizados um formulário socioeconômico demográfico e a Escala de Religiosidade de DUREL (DUKE), para a caracterização dos participantes do estudo e de que seus dados serão analisados por meio de estatística descritiva simples, com auxílio do Google Forms que foi utilizado na coleta.

Em decorrência do panorama mundial resultante da pandemia da COVID-19, causada pelo Coronavírus, a OMS recomendou o distanciamento social como uma das medidas para conter a propagação do vírus. Em consequência disso, a pesquisa foi realizada através de plataformas virtuais, e o recrutamento dos participantes realizado através das redes sociais *online*, tais como Facebook®, Instagram® e WhatsApp®. Os participantes da pesquisa foram participantes das religiões: católica, evangélica, espírita (kardecista), umbanda e candomblé,

com idade igual ou superior a 18 anos e frequentando a comunidade religiosa em questão há, pelo menos, seis meses.

Para o estudo, foi adotada a nomenclatura de “evangélicos” para denominar o grupo religioso cristão que se encontra histórica ou identitariamente ligado à reforma protestante. Isso, acrescido ao fato de que o termo “evangélico” circula com mais clareza na sociedade, quando comparado ao termo “protestante” (MENDONÇA, 2005).

3.2 Primeira fase: análise prototípica e de similitude por coocorrência

O objetivo desta etapa foi identificar os elementos da estrutura da representação social do HIV/Aids e da PVHA para os fiéis de diferentes segmentos religiosos.

3.2.1 Cenário e participantes do estudo

Conforme mencionado anteriormente, o cenário e os participantes do estudo foram participantes de diferentes segmentos religiosos. Para alcançar o objetivo dessa etapa, estimou-se uma amostra de um quantitativo acima de 521 indivíduos distribuído por segmento religioso.

3.2.2 Instrumento e coleta de dados

O questionário da pesquisa ficou disponível no Google Forms e sua divulgação foi através do *link* nas Redes Sociais Virtuais (RSV). O acesso aos participantes foi alcançado pela técnica *Snowball* (bola de neve). Nessa técnica, a amostra é autogerada, não probabilística. O pesquisador especifica as características dos membros da amostra, depois identifica um grupo de pessoas que possam fazer parte do grupo, em seguida, apresenta a proposta do estudo e ao iniciar a coleta de dados da pesquisa, solicita aos participantes que indiquem pessoas que pertencem à mesma população (COSTA, 2018).

As RVS se tornaram canais para estudos científicos e empíricos, servindo como meio para coleta de dados, para divulgação de resultados e até como termômetro de receptividade de temas, uma vez que é possível coletar dados divulgados na rede, observar comportamentos sociais, estabelecer diálogo com os membros da amostra e até mesmo estabelecer contatos individuais com entrevistados (COSTA, 2018).

A partir daí, essas pessoas inicialmente abordadas indicarão outras de sua comunidade religiosa, comunidade terapêutica ou de trabalho para inclusão e assim por diante.

3.2.2.1 Primeiro momento: caracterização dos participantes

Foi aplicado um questionário de caracterização socioeconômica composto por questões voltadas para o levantamento sociodemográfico, além daquelas específicas à prática de espiritualidade e de religiosidade, considerando que esses dados são relevantes e podem influenciar, de alguma maneira, na representação social construída acerca da síndrome.

3.2.2.2 Segundo momento: Evocações livres e Escala de Religiosidade (DUREL)

A associação livre é uma técnica de coleta considerada importante para elementos que constituem o conteúdo e a estrutura das representações, permitindo o alcance, mais rapidamente do que em uma entrevista, dos elementos que constituem o universo semântico do objeto estudado e a apreensão da percepção da realidade de um grupo social, a partir de uma composição semântica pré-existente (OLIVEIRA *et al.*, 2005; ABRIC, 2001b).

Essa técnica consiste em pedir aos participantes para que evoquem o que têm em mente quando se deparam com o termo indutor, que geralmente é o objeto de representação social do estudo. Usualmente solicita-se de três a cinco evocações, sob forma de palavras ou expressões. Essa técnica de coleta de dados tem a vantagem de fornecer informações numerosas, de maneira rápida e pouco dispendiosa para os participantes e pesquisadores. Com uma simples pergunta, é possível saber o que o indutor ativa na população estudada. No campo das representações sociais, dois fatores justificam o amplo uso dessa técnica, a facilidade de aplicação e o fato de permitir o acesso simultâneo ao conteúdo e à estrutura

representacional, a partir da análise das evocações hierarquizadas (WOLTER; WACHELKE, 2013).

Foram utilizados dois termos indutores; HIV/Aids e Pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), e solicitado que o participante evoque três palavras para cada termo. Em seguida, o formulário com a escala de DUREL que foi respondida por todos os participantes do primeiro questionário. Na escala, os entrevistados marcaram resposta para cada item referente às frequências de práticas de atividades religiosas organizacionais e não organizacionais; e uma resposta para cada item da religiosidade intrínseca.

O Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) é um questionário sucinto e de fácil aplicação, que aborda alguns dos principais domínios da religiosidade e vem sendo utilizado em diversas culturas. As dimensões das religiosidades mensuradas por esse instrumento têm se mostrado relacionadas a diversos indicadores de saúde física e mental, além de suporte social (SILVA; DIAS, 2017).

3.3 Análise de dados

3.3.1 Primeiro momento: Análise da caracterização dos participantes e da Escala de Religiosidade (DUREL)

A caracterização dos participantes tem por finalidade levantar o perfil social do grupo religioso e, assim, facilitar a compreensão dos dados levantados. As respostas do questionário de dados sociodemográficos foram substituídas por codificações para análise estatística descritiva através das frequências simples realizadas com o auxílio do Google Forms.

O Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) é uma escala de cinco itens, desenvolvida por Koenig *et al.*, que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde: 1- Religiosidade Organizacional (RO) frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.); 2- Religiosidade Não Organizacional (RNO): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.); 3- Religiosidade Intrínseca (RI): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do

indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos (TAUNAY *et al.*, 2012).

Em relação ao cálculo do escore do instrumento, recomenda-se que os três domínios individuais não sejam somados em um escore total, mas que sejam analisados separadamente (TAUNAY *et al.*, 2012). Inicialmente os itens serão analisados um a um conforme recomendação da literatura, e após será utilizado o *software* SPSS para o cálculo da frequência das respostas.

3.3.2 Segundo momento: análise das evocações pelo quadro de quatro casas

A análise das evocações livres foi realizada através da técnica de construção do Quadro de Quatro Casas instrumentalizada pelo *software* IRAMUTEQ 0.7 alfa 2.

Oliveira *et al.* (2005) destacam que esse recurso informático representa um grande auxílio na organização dos dados, particularmente na identificação de discrepâncias derivadas da polissemia do material coletado e na realização dos cálculos das médias simples e ponderadas para a construção do quadro de quatro casas.

A análise prototípica ou análise das evocações livres é uma das técnicas utilizadas para evidenciar a estrutura de uma representação. Através dessa técnica, é possível construir o quadro de quatro casas que, em suas coordenadas, apresenta a frequência no corpus do grupo e a ordem média de evocação. Essa técnica permite estudar a relação objeto-cognema a partir de dois critérios de acessibilidade: a frequência de ativação e a velocidade de sua ativação (WOLTER; WALCHELKE; NAIFF, 2016).

Após a distribuição dos termos produzidos nos quadrantes, comparando-se a frequência e o valor médio da ordem de evocação de cada termo, com os valores de corte dos quadrantes, realiza-se a sua interpretação. As palavras que se situam no quadrante superior esquerdo são, muito provavelmente, elementos do núcleo central da representação estudada; aquelas situadas no quadrante superior direito são elementos da primeira periferia; aquelas situadas no quadrante inferior esquerdo são elementos de contraste; e aquelas localizadas no quadrante inferior direito são elementos mais claramente periféricos ou pertencentes à segunda periferia (SÁ, 1996).

Figura 2 – Representação esquemática do quadro de quatro casas.



Fonte: a autora.

3.3.3 Terceiro momento: análise de similitude por coocorrência

A técnica de análise de similitude é uma forma de estudar as distâncias entre os diferentes elementos representacionais, o que pode sugerir a sua centralidade ou não. Essas distâncias são representadas graficamente na forma de árvore, os elementos mais próximos tendem a ser considerados centrais e os mais distantes periféricos (WOLTER, WALCHELKE; NAIFF, 2016).

Flament (1994) buscou desenvolver um método de análise de dados das representações sociais que viesse atender uma base matemática, mas respeitasse o caráter qualitativo dos dados e, principalmente, a natureza do fenômeno representacional, propondo uma maneira de classificar os termos de uma produção discursiva baseada em um coeficiente de semelhança, a análise de similitude.

Na análise de similitude busca-se identificar, as relações de ligação entre os termos produzidos, analisando a distância entre os elementos de uma produção discursiva, na medida em que dois cognemas vão juntos suas ligações são mais ou menos fortes. Em função da análise de coocorrência de palavras ou categorias, obtém-se uma matriz de similitude, a partir da qual é possível calcular os índices de similitude. A árvore máxima é um grafo conexo e sem ciclo, ou seja, aquele no qual todos os elementos (formando os vértices do grafo), são

ligados entre si, existindo um só caminho para ir de um elemento a outro (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Essa análise permite visualizar se há relação entre as categorias, e se essa relação é forte ou fraca. As relações são representadas por quatro classes, são elas: linha pontilhada, linha simples, linha dupla e linha tripla, sendo a linha pontilhada a relação mais fraca e a linha tripla a mais forte. A análise de similitude tornou-se a principal técnica de detecção do grau de conexão dos diversos elementos de uma representação (SÁ, 1996).

Como estratégia complementar à análise prototípica, a análise de similitude das evocações viabiliza, como exposto, a confirmação da centralidade dos elementos do quadro de quatro casas e o respectivo grau de coocorrência. Por sua vez, a construção da árvore máxima com esses resultados permite visualizar a força de ligação entre os elementos do sistema central e periférico, no que seu desenho evidencia a centralidade numérica dos elementos da representação social e o grau de conexão estabelecido entre si e com os demais, a partir das evocações (DONATO *et al.*, 2017).

Segundo os autores para aprofundamento da interpretação e compreensão das árvores máximas resultantes da análise de similitude, no entanto, é importante buscar saber o funcionamento contextualizado da representação (contexto do estudo), bem como as atitudes e os valores que sustentam a produção dos sujeitos, suas referências individuais e as coletivas. Para isso, sugerem uma técnica complementar, como a entrevista para explicar o conteúdo e as relações evidenciadas nos resultados das etapas anteriores e, assim, entender a representação em suas dimensões individual e coletiva (DONATO *et al.*, 2017). Essa sugestão também foi seguida pela autora a fim de aprofundar o presente trabalho e assim alcançar os objetivos propostos.

3.4 Segunda etapa: abordagem processual das representações sociais

Nesta etapa, objetivou-se identificar o processo representacional do HIV/Aids e das PVHA para os grupos religiosos. Para esse fim, foi utilizada a técnica de entrevista em profundidade.

3.4.1 Cenário, participantes e coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas através das RSV, após consentimento através de contato telefônico. Conforme a etapa anterior, com o advento da pandemia de COVID-19 e a necessidade do isolamento social, o contato telefônico foi o recurso utilizado nessa fase. Os participantes foram informados do motivo da ligação, e o direito de abandonar a entrevista a qualquer momento. A coleta se realizou de janeiro de 2022 a junho de 2022.

O roteiro de entrevista foi composto por duas etapas: a primeira de um questionário socioeconômico com o intuito de caracterizar novamente os participantes, e a segunda etapa serão questões abertas de modo a nortear a entrevista.

A coleta de dados foi realizada através uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas sobre o objeto representacional. Fraser e Gondim (2004) afirmam que essa modalidade consiste na aplicação de um roteiro composto por tópicos organizados em uma estrutura inicial que poderão ser ampliados de acordo com as respostas do sujeito aos questionamentos do pesquisador.

O roteiro de entrevista na Representações Sociais deve ser elaborado com a finalidade de rastrear a dimensão da atitude por meio de questionamentos que permitam que o sujeito expresse suas escolhas e decisões, e capte as posições dos sujeitos diante das situações do cotidiano relacionadas ao objeto estudado (SILVA; FERREIRA, 2012). A entrevista foi realizada com uma amostra de 5 participantes de cada segmento religioso após uma explanação sobre a temática, o objetivo da pesquisa e o consentimento informado. Os critérios

de escolha foram os mesmos utilizados na etapa anterior. A entrevista foi realizada por contato telefônico, gravadas e transcritas.

Para Oliveira e Gomes (2015), a entrevista em profundidade constitui um método importante aos estudos de representações, sendo antes de tudo uma técnica que se traduz pela coleta de uma produção discursiva, porém o discurso é uma atividade complexa, já que é a atividade de um sujeito locutor utilizando uma linguagem natural submetida as regras de enunciação e, às vezes, sem uma expressão livre e espontânea. Por isso, há a necessidade de associar a entrevistas outras técnicas complementares, visando controlar, recortar ou aprofundar as informações recolhidas. Por essa razão, a autora associou essa técnica com a associação livre de palavras, porém em razão da entrevista necessitar de um planejamento mais minucioso, optou-se por ser realizada em um segundo momento.

3.4.2 Análise de dados e análise lexical

Utilizou-se dois tipos de análise com o conteúdo das entrevistas, a primeira uma análise lexical que contará com o suporte do *software* IRAMUTEQ 0.7 alfa 2

Para a análise lexical das informações obtidas das entrevistas, foi utilizado para auxílio o *software* IRAMUTEQ 0.7 alfa 2. Foi preparado um corpus com as entrevistas transcritas na íntegra sendo suprimidas as falas do pesquisador. Ao início de cada entrevista foi inserido a linha de comando contendo os dados sociodemográficos colhidos e pertinentes para análise. Esses caracteres estão presentes na identificação de cada unidade de contexto elementar (UCE).

O IRAMUTEQ é um *software* gratuito licenciado por GNU GPL (v2) que permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Ele ancora-se no *software* R e na linguagem python. Por meio desse *software*, a distribuição do vocabulário pode ser organizada de forma facilmente compreensível e visualmente clara com representações gráficas pautadas nas análises lexicográficas.

Ao submeter o corpus à análise pelo IRAMUTEQ, ele passa pelas seguintes etapas: lexicográfica, que indica e reformata as unidades de texto para que sejam identificadas quanto a quantidade e, em seguida, sejam reformatadas essas mesmas unidades. Além de identificar a quantidade de palavras, frequência média e hapax (palavras com frequência um), pesquisa o

vocabulário e reduz as palavras à base em suas raízes (formas reduzidas), cria o dicionário das formas reduzidas e identifica formas ativas e suplementares (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* realiza também Análise Fatorial de Correspondência – Associa textos com variáveis, ou seja, possibilita a análise da produção textual em função das variáveis de caracterização. Oferece uma análise fatorial de correspondência para variáveis com no mínimo 3 modalidades. Por último, realiza um método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) no qual os segmentos de textos (ST) são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes cruzando formas reduzidas e ST, aplica-se o método de CHD e obtém-se uma classificação definitiva. Esta análise visa obter classes de ST que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir dessas análises o *software* organiza a análise dos dados em um dendograma que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* executa cálculos e fornece resultados que nos permite a descrição de cada uma das classes, principalmente, pelo seu vocabulário característico (léxico) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis). Essas classes podem indicar representações sociais ou campos de imagens sobre um dado objeto, ou somente aspectos de uma mesma representação social (CAMARGO; JUSTO, 2013).

As classes foram analisadas a luz do referencial teórico e a fim de identificar o conteúdo representacional do grupo acerca do objeto.

3.5 Resumo do percurso metodológico realizado

O Quadro 1 mostra as etapas do percurso metodológico utilizado na pesquisa.

Quadro 1 – Quadro de síntese das etapas da pesquisa.

	PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA
CENÁRIOS	Redes sociais virtuais (Facebook®, Instagram®, WhatsApp®) Técnica <i>snow ball</i>	
PARTICIPANTES	Pessoas de diferentes grupos religiosos (Católicos, evangélicos, espíritas, umbandistas e candomblecistas)	
COLETA DE DADOS	Caracterização dos participantes Coleta de Evocações Livres Escala de religiosidade da Universidade de Duke (DUREL)	Entrevista em profundidade semiestruturada orientada por um roteiro temático
ANÁLISE DE DADOS	Análise estatística simples e SPSS para as variáveis de caracterização e escala de religiosidade. Quadro de Quatro Casas instrumentalizado pelo <i>software</i> EVOC para as palavras evocadas	Técnica de análise de conteúdo lexical informatizada através do <i>software</i> IRAMUTEQ

Fonte: A autora.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa atendeu os pré-requisitos éticos em pesquisa com seres humanos, como recomenda a resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b). Obteve a aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o parecer Nº 4.398.887 e CAAE: 37438820.1.0000.5282. A participação dos sujeitos foi de maneira voluntária após a concordância do termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo, simultaneamente, o seu anonimato.

4 RESULTADOS

O período da coleta ocorreu durante o ano de 2022 entre os meses de janeiro a dezembro, e categorizados conforme foi proposto na metodologia. No decorrer do trabalho, são apresentados e analisados gráficos e tabelas que culminaram na discussão e análise dos objetivos propostos.

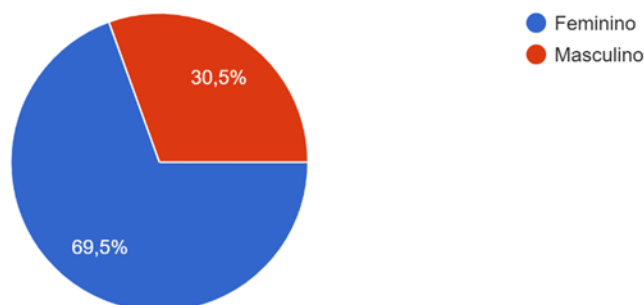
4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Na primeira fase da pesquisa, foi realizada a evocação livre dos termos indutores HIV/Aids e PVHA através da plataforma do *Google Forms* como já descrito no percurso metodológico. Foram um total de 521 participantes distribuídos nos 5 segmentos religiosos, devido o advento da pandemia da COVID-19 e da estratégia utilizada para coleta (*SnowBall*), não foi possível alcançar um número igualitário de participantes, porém o quantitativo foi suficiente para realizar as análises conforme preconizado na literatura.

Totalizaram-se 521 participantes sendo distribuídos em 159 do sexo feminino e 362 do sexo masculino conforme a Figura 3.

Figura 3 – Distribuição dos participantes segundo a variável sexo.

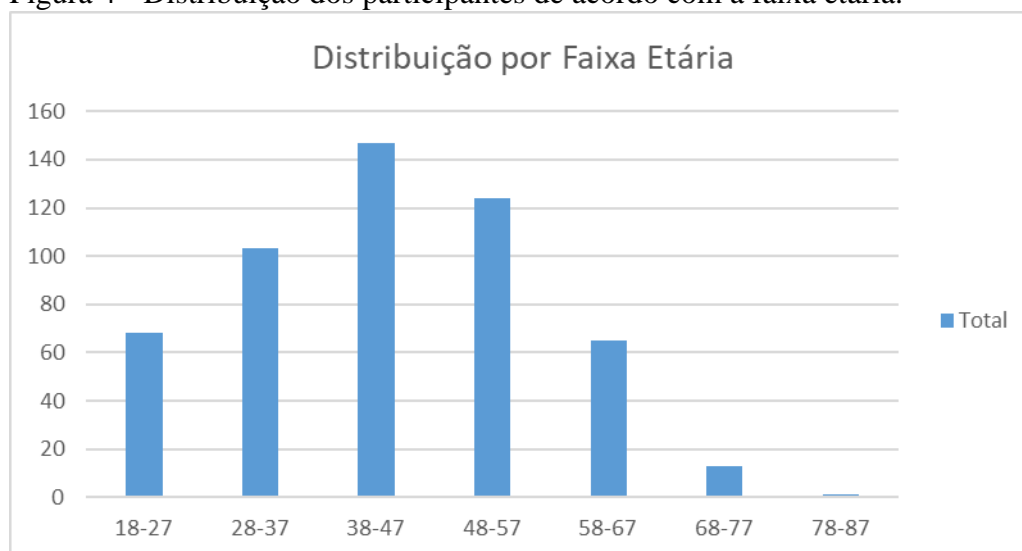
Sexo
521 respostas



Fonte: A autora.

Dentre os 521 participantes, 159 se declararam do sexo masculino, correspondendo a 30,5% da amostra e 362 do sexo feminino, portanto 69,5% da amostra (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição dos participantes de acordo com a faixa etária.



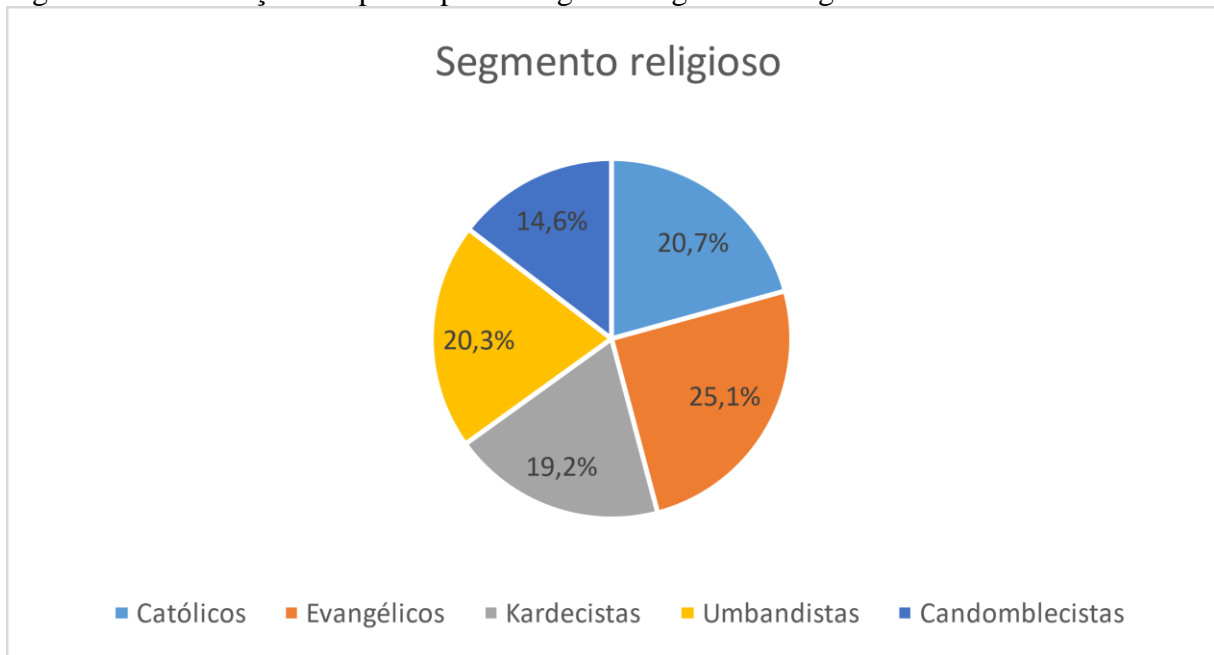
Fonte: a autora.

A distribuição dos participantes segundo a faixa etária demonstra que dos 521, 147 estavam dentro da faixa etária de 38 a 47 anos. Este fato irá clarificar os resultados do estudo pois segundo a linha do tempo acompanharam o avanço da ciência com a chegada dos ARV, PREPs e as campanhas do MS para reduzir a transmissão do vírus.

Em relação ao segmento religioso que os participantes (n = 521) declararam pertencimento: 108 se declararam católicos, 131 evangélicos, 100 kardecistas, 106 umbandistas e 76 candomblecistas (Figura 5).

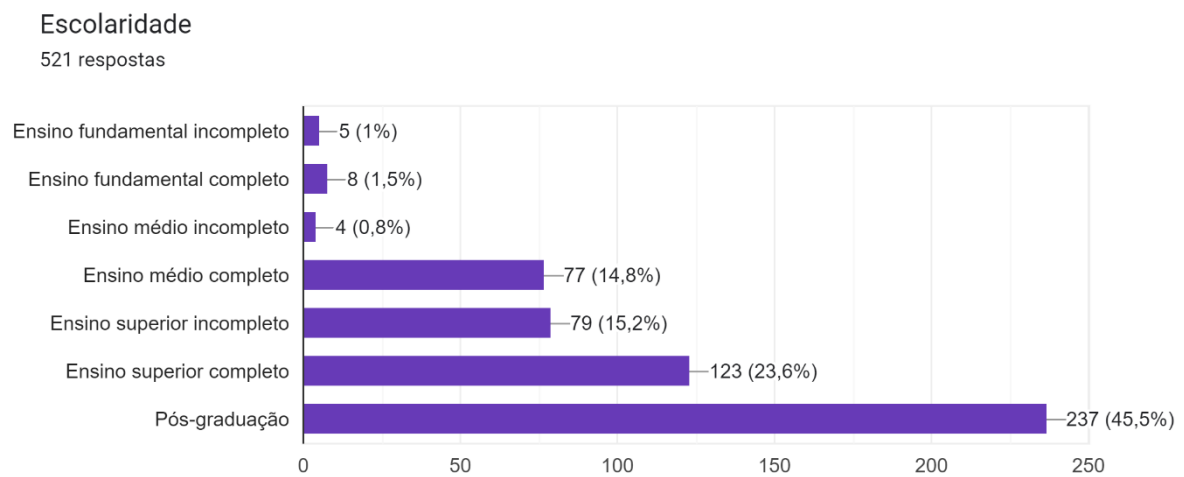
Dos 521 entrevistados, apenas 1% tinha ensino fundamental incompleto, 1,5% tinham ensino fundamental incompleto, 0,8% tinham ensino médio incompleto, 14,8% ensino médio completo, 15,2% ensino superior incompleto, 23,6% ensino superior completo e 45,5% possuíam pós-graduação. Em relação à escolaridade a amostra foi maior com participantes de pós-graduação, pode-se atribuir este fato ao acesso às mídias sociais (Figura 6).

Figura 5 - Distribuição dos participantes segundo segmento religioso.



Fonte: a autora.

Figura 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade.

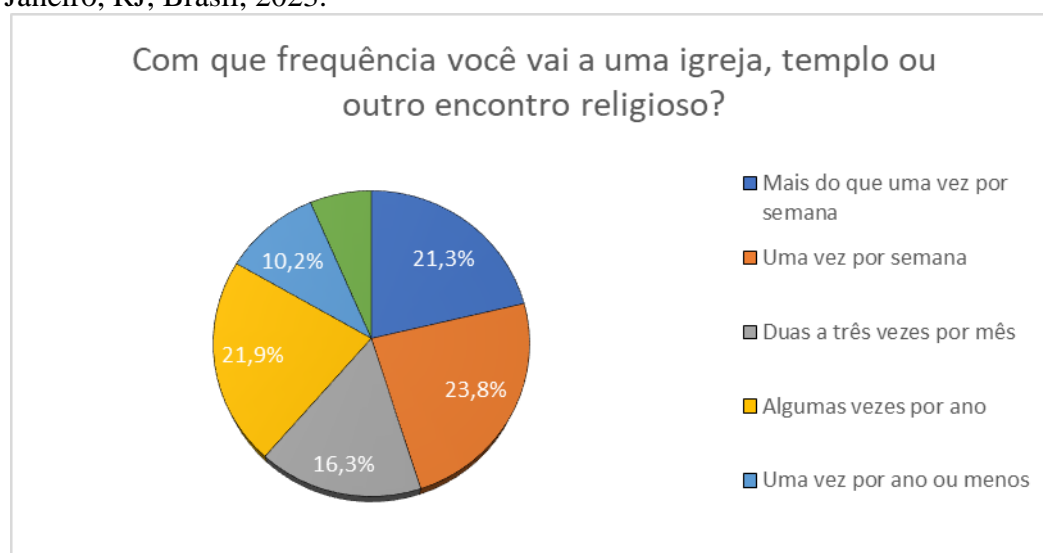


Fonte: a autora.

4.1.1 Escala de religiosidade

De acordo com a escala de religiosidade de Duke que foi a escala escolhida na pesquisa no primeiro questionamento acerca da frequência de participação de atividades religiosas em grupo, 23,8% referiram participar uma vez por semana e 21,9% referiram participar de atividades religiosas algumas vezes por ano. Destaca-se que algumas religiões, como as de matriz africana, não possuem encontros semanais, muitas vezes estes encontros ocorrem algumas vezes por mês, diferindo das religiões cristãs, como a católica e a evangélica que possuem encontros, ao menos, uma vez na semana, com as celebrações da missa para os católicos e o culto, para os evangélicos (Figura 7).

Figura 7 - Distribuição dos participantes de acordo com a questão sobre a religiosidade organizacional da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.



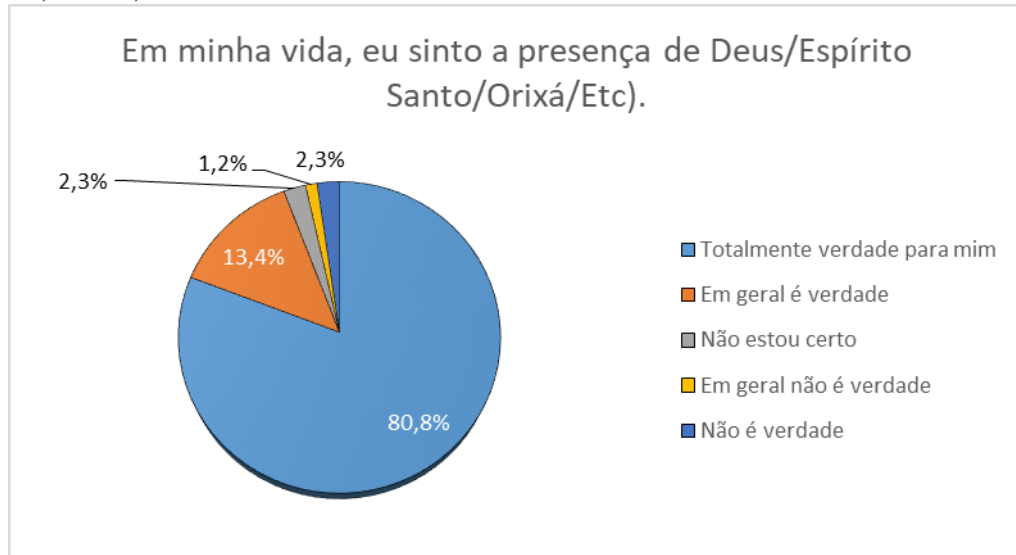
Fonte: a autora.

A segunda pergunta da escala está relacionada com as atividades religiosas individuais (religiosidade intrínseca). A segunda indagação na escala de DUKE refere a religiosidade não organizacional que seria a frequência de atividades religiosas privadas como oração, leitura da bíblia, meditação e a frequência que o indivíduo realiza essas atividades ao dia ou semanalmente; houve um erro na coleta que inviabilizou esse item da escala.

A seguir, foram fornecidas três afirmações acerca da religiosidade intrínseca que os participantes tiveram 5 possibilidades de respostas (1- totalmente verdade para mim, 2- em geral é verdade, 3- Não estou certo, 4- em geral não é verdade e 5- não é verdade) (Figuras 8 a 10). A religiosidade intrínseca se refere a uma de internalização e vivência da religiosidade

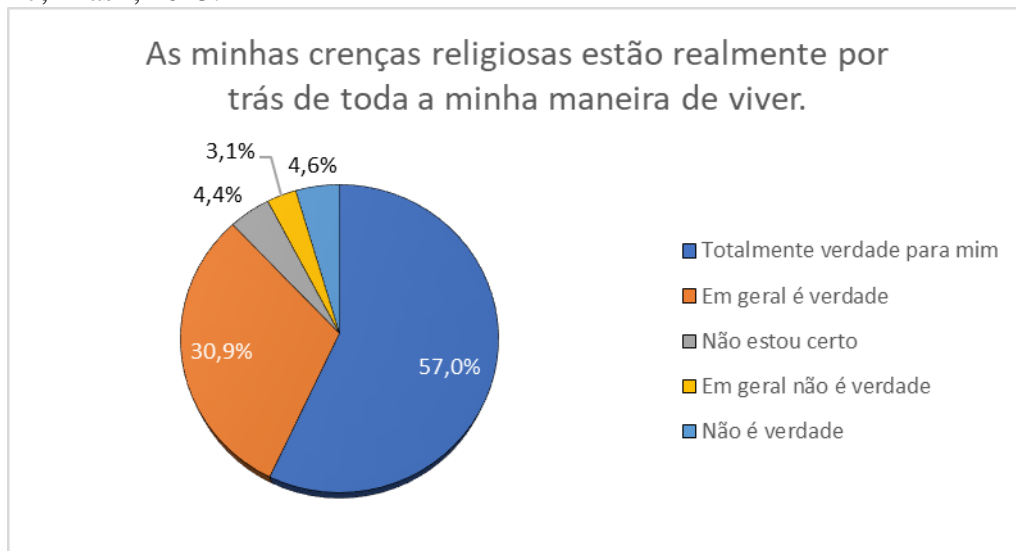
como principal objetivo do indivíduo e estão em harmonia com os princípios religiosos dele (MOREIRA-ALMEIDA *et al*, 2008).

Figura 8 - Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 1 da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.



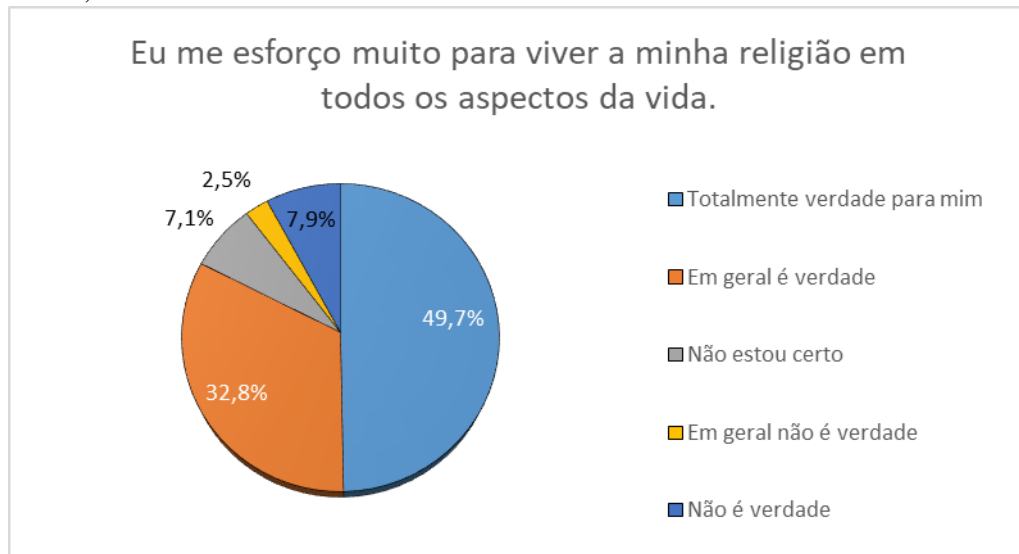
Fonte: a autora.

Figura 9 - Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 2 da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.



Fonte: a autora.

Figura 10 - Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 3 da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.



Fonte: a autora.

A escala de Duke apontou que o grupo de entrevistados possui uma religiosidade extrínseca como a participação em atividades religiosas elevada. A religião pode ser entendida como um sistema organizado de crenças, práticas e rituais sagradas, que envolvem também regras de condutas de um grupo, geralmente exercidas dentro de uma comunidade, porém pode-se encontrar de maneira individualizada (religiosidade intrínseca). Essa espiritualidade e religiosidade são fundamentais no enfrentamento das dificuldades diárias, contribuindo na ressignificação da vida, influenciando positivamente na saúde, qualidade de vida tanto das pessoas como das comunidades (FLEURY *et al*, 2021).

Conforme apresentado nas tabelas podemos afirmar que os participantes da pesquisa possuem um nível de religiosidade organizacional elevado conforme aponta a figura 3 em que 21.3 % dos participantes afirmaram ir a uma atividade religiosa em grupo mais de uma vez na semana e 23.8% afirmaram que participam de encontros religiosos pelo menos uma vez na semana. Em relação à religiosidade intrínseca, apresentada nas Figuras 8, 9 e 10, observa-se um nível de elevado nas respostas dos participantes, a RI pode ser definida como uma busca da internalização e vivência plena da religiosidade (CRES *et al*, 2015).

Para melhor compreensão da religiosidade intrínseca dos participantes foi construída uma tabela única com as 3 perguntas sendo: RI 1 - sinto a presença de Deus ou do Espírito Santo, RI 2 - as crenças estão por trás de toda minha maneira de viver e RI 3 - eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida (Quadro 2).

Quadro 2 - Religiosidade intrínseca dos participantes (N = 521).

RI RELIGIOSIDADE INTRINSECA	RI 1: SINTO A PRESENÇA DE DEUS OU DO ESPÍRITO SANTO		RI 2: AS CRENÇAS ESTÃO POR TRÁS DE TODA MINHA MANEIRA DE VIVER		RI 3: EU ME ESFORÇO MUITO PARA VIVER A MINHA RELIGIÃO EM TODOS OS ASPECTOS DA MINHA VIDA	
	N	%	N	%	N	%
TOTALMENTE VERDADE	421	86.8	297	57	259	49.7
EM GERAL É VERDADE	70	13.4	161	30.9	171	32.8
NÃO ESTOU CERTO SE É VERDADE	12	2.3	23	4.4	37	7.1
EM GERAL NÃO É VERDADE	6	1.2	16	3.1	13	2.5
NÃO É VERDADE	12	2.3	24	4.64	41	7.9

Fonte: a autora.

A dimensão intrínseca da escala de Duke está associada a espiritualidade do indivíduo, para Borges (2022) a filiação religiosa influencia nas decisões relacionadas a saúde e está diretamente ligada a religiosidade intrínseca e a frequência religiosa. Para o autor, a religião não só influencia em hábitos como dieta, fumo, bebida e uso de drogas, mas também em relação à adesão às recomendações médicas e nas decisões do cotidiano.

Essa temática se torna, então, primordial quando nos deparamos com o cenário brasileiro que, segundo o censo do IBGE (2010), brasileiros se declararam pertencer a uma religião, porém ao estudar sobre a religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca dos grupos é possível compreender não só as práticas de saúde como também as concepções de saúde-doença, adesão a tratamento médico e influenciar na aceitação ou não de um diagnóstico. Inserir uma abordagem religiosa e espiritual na saúde tem se tornado um desafio não só relacionado a falta de preparo dos profissionais como também a gama de religiões e crenças crescentes Brasil. A necessidade de estudos constantes da R/E justifica-se considerando a importância da temática e falta de estudos em larga escala da população.

5 A ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DO HIV/AIDS E DA PESSOA QUE VIVE COM HIV/AIDS NOS SEGMENTOS RELIGIOSOS

Nesta etapa da pesquisa, serão apresentados os resultados da coleta de evocações livres realizada através dos formulários do Google Forms. Após ter alcançado um número significativo de participantes, o formulário foi fechado e os resultados transformados numa planilha e com auxílio do *software* IRAMUTEQ e foram confeccionados os quadros de 4 casas geral por termo, HIV/Aids e PVHA e divididos por segmento religioso (católicos, evangélicos, espíritas kardecistas, umbandistas, candomblecistas), como também foi gerada a análise de similitude por coocorrência.

5.1 Análise prototípica das evocações livres e análise de similitude por coocorrência aos termos indutores HIV/Aids

Foram um total de 521 participantes que evocaram o termo indutor HIV/Aids, os pontos de corte definidos para esta análise correspondem à frequência mínima de 10. A partir desses parâmetros, os dados foram tratados com auxílio do programa IRAMUTEQ.

O quadro de quatro casas do termo indutor HIV/Aids para os grupos religiosos (Quadro 3) apresentou os seguintes elementos no núcleo central: doença, morte, preconceito, medo e vírus. O elemento doença se destaca dos demais devido a sua alta frequência e sua OME de 1.2, indicando que foi prontamente evocado, sendo um indicativo de o mesmo ser elemento central dessa representação. Segundo Abric (2000), o núcleo central assegura três funções essenciais da representação, o seu significado a sua função interna e a sua estabilidade, resistindo à mudança, pois sua modificação representaria uma mudança na representação.

Quadro 3 - Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos religiosos ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. (N = 521)

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥10	Doença	206	1.2	Tratamento	54	2.5
	Morte	83	1.9	Cura	51	2.0
	Preconceito	68	1.9	Tristeza	46	2.1
	Medo	42	1.9	Sexo	41	2.0
	Vírus	34	1.7	Sofrimento	39	2.0
					Cuidado	36
	DST	23	1.5	Prevenção	30	2.1
	Dor	18	1.7	Camisinha	23	2.3
	Descuido	17	1.9	Incurável	22	2.1
	Estigma	15	1.9	Luta	22	2.2
				Vida	19	2.0
				Remédios	17	2.9
				Medicação	16	2.6
				Promiscuidade	15	2.2
				Esperança	15	2.6
				Acolhimento	14	2.1
				Imunidade	12	2.0
				Fé	12	2.2
				Amor	11	2.5
				Cazuza	11	2.0
				Sangue	10	2.3
				Discriminação	10	2.6
				Irresponsabilidade	10	2.9

Fonte: a autora.

Na primeira periferia, encontramos os termos tratamento, cura, tristeza, sexo, sofrimento, cuidado. Na segunda periferia, há a presença dos termos prevenção, camisinha, incurável, luta, vida, remédios, medicação, promiscuidade, esperança, acolhimento, imunidade, fé, amor, cazuza, sangue, discriminação e irresponsabilidade. Segundo Sá (2015, p. 214) “o sistema periférico atualiza e contextualiza as determinações normativas e consensuais deste último, daí resultando a mobilidade, a flexibilidade e a expressão individualizada das representações sociais”. O sistema periférico possui caráter flexível passível às mudanças, ao contrário do siste.+

ma central (ABRIC, 2000), ao analisarmos o quadro de quadro casas de todos os segmentos religiosos nota-se a presença do cognema doença prontamente evocado e com maior frequência seguido pela palavra morte, sugerindo que apesar dos avanços da ciência em relação à síndrome temos ainda uma associação forte do HIV/Aids como uma doença fatal.

Sá (2015) traz o conceito da hipótese de condicionalidade em que as cognições do núcleo central seriam absolutas e do sistema periférico seriam condicionais, levando uma maior plausibilidade à dinâmica das relações entre os elementos cognitivos dos dois sistemas. Segundo o autor, quando a pessoa emite julgamentos aparentemente absolutos, já estão embutidas diversas alternativas condicionais consideradas legítimas. A partir dessa ótica, a compreensão do quadro se torna mais clara, quando se constata elementos na primeira periferia que complementariam um ou mais elementos do núcleo central, como por exemplo, doença versus cura e tratamento da primeira periferia ou morte versus sofrimento. Pode-se ainda sugerir o elemento preconceito versus sexo, considerando a trajetória da pandemia e os primeiros casos diagnosticados e sua forma de transmissão relacionada ao ato sexual. Essas correlações e esses termos serão mais detalhados na análise processual visto que esteve presente nas falas dos entrevistados.

Na zona de contraste há a presença dos elementos DST, dor, descuido e estigma. Segundo Abric (2003) as respostas com baixas frequências que são evocadas cedo no discurso formam a zona de contraste e são respostas minoritárias que podem indicar duas possibilidades: ou são apenas complementos da primeira periferia, ou indicam a existência de um subgrupo, ao analisar os termos infere-se a primeira possibilidade.

No núcleo central é possível observar elementos pertencentes a dimensão humana como doença, morte, preconceito e vírus esses elementos se apoiam na primeira periferia em outros elementos também da dimensão humana como tratamento, cura e sexo. Há também a presença de elementos da dimensão afetiva como medo no núcleo central e tristeza e sofrimento na primeira periferia, sugerindo, assim, que a representação do HIV/Aids ainda vem fortemente associada com elementos afetivos.

Em um estudo de representação com 576 adolescentes de dois estados da Região Nordeste do Brasil, Piauí e Sergipe, em que foi realizada a técnica de evocação livre houve um resultado bem parecido no núcleo central desse estudo em que o léxico doença emerge tanto na representação do HIV quanto da Aids, porém o elemento morte e preconceito surge na primeira periferia e o elemento sexo como central. O que sugere mais um indício de o elemento doença ser central e os demais reforçarem esse núcleo e trazendo-lhe estabilidade (CASTRO *et al*, 2019).

Os elementos da dimensão afetiva que surgiram na primeira e segunda periferia como tristeza, sofrimento, luta, foram léxicos evocados por pessoas que não vivem com HIV porém são sentimentos que acompanham pessoas que vivem com HIV segundo a literatura e desencadeiam processos de solidão, depressão, baixa autoestima e isolamento social segundo uma pesquisa realizada com 108 indivíduos vivendo com HIV/Aids em um hospital de referência, dentre os entrevistados, 31,5% apresentaram depressão leve e 21,3% moderada; 63% referiram dificuldade de emprego digno; 52,8% consideraram a vida um fracasso; 52,8% sentiam-se inúteis (PATRICIO *et al*, 2019).

Elementos da dimensão prática também se fazem presentes através dos léxicos tratamento, cura, prevenção, camisinha, remédios, medicação, imunidade, que são elementos também associados a campanhas de prevenção e conscientização do HIV, e refletem, portanto, o conhecimento científico acerca da síndrome que tem sido veiculada pela mídia desde o início da epidemia.

Na segunda periferia, surge o elemento fé relacionados a dimensão do transcendente. Nogueira *et al*. (2019) destacam que para as PVHA a fé apresenta diferentes sentidos e significados, estimulando a ação e gerando motivação. Para os entrevistados, ela está ancorada na esperança de evolução do tratamento, de lutar pela vida, pensamentos que geram motivação, contribuindo para o autoconhecimento, e auxiliando na confiança em si próprio, confortando, proporcionando força para seguir em frente com a vida e aderir ao tratamento.

Elementos estigmatizantes como promiscuidade, discriminação, irresponsabilidade e descuido estão ainda presentes na segunda periferia e zona de contraste, apesar de inúmeras campanhas que desestimulam e desabonam práticas discriminatórias.

O sistema periférico se apresenta bem mais sensíveis a mudança do que o sistema central, ele permite modulações pessoais e protege o núcleo central permitindo a integração de informações e até de práticas diferenciadas (ABRIC, 1998).

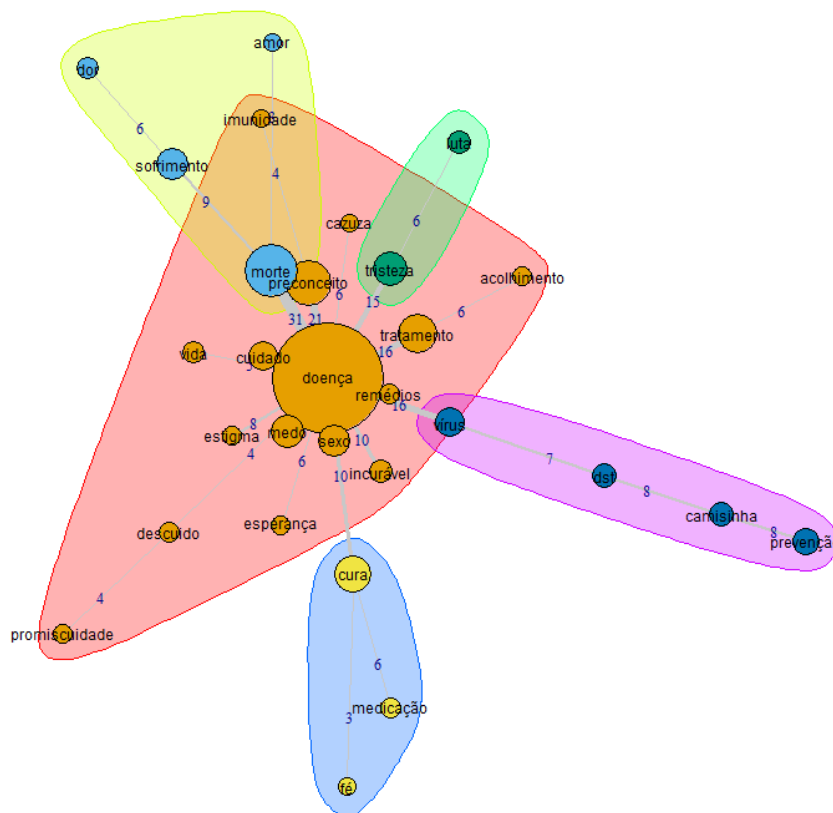
Para clarificar a representação e a relação do núcleo central com o sistema periférico foi confeccionada a árvore de similitude por coocorrência (Figura 10).

Conforme descrito na metodologia utilizou-se *software* IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009) que é um programa informático gratuito e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras entre eles análise de similitude por coocorrência. A análise de similitude se baseia na teoria dos grafos, possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações

da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A Árvore de similitude do termo indutor HIV/Aids (Figura 11) apresenta o cognema doença numa posição de centralidade fazendo conexão com os outros 10 cognemas, uns que se encontravam com ele no NC e outros cognemas da primeira periferia. O cognema morte que apresentou a segunda maior frequência de evocação só faz conexão com apenas 4 elementos, pode -se inferir que doença se encontra numa posição de centralidade maior que os outros elementos do núcleo central, e sua associação com a morte já não está tão presente na representação do grupo.

Figura 11 - Árvore de similitude por coocorrência do termo indutor HIV/Aids para grupos religiosos. Rio de Janeiro, RJ, 2023 (N = 521).



Fonte: a autora.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a Aids é a doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV é a sigla em inglês) (BRASIL, 2016). Sendo que as publicações científicas tentam trazer o HIV como uma síndrome pelas múltiplas doenças que podem ser causados pelo vírus, o termo doença permanece muitas vezes dentro de contextos estigmatizantes nos discursos dos grupos sociais. Morte e preconceito presentes no núcleo central emergiram em outras pesquisas também associados a um caráter estigmatizante (MARQUES *et al.*, 2003, CASTRO *et al.*, 2019). Porém, na árvore, esses elementos não fizeram conexões com termos estigmatizantes como descuido e promiscuidade, mas com termos relacionados às dimensões afetiva e prática como sofrimento e imunidade.

A seguir, foram realizadas análises para cada grupo religioso a fim de compreender os termos evocados em cada grupo de pertença. Ao se analisar os quadros de quatro casas por religião descritos a seguir, é possível perceber a mudança em alguns elementos da periferia espelhando assim características muitas vezes própria da religião e do grupo.

Quadro 4 - Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos católicos ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (N = 108).

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥4	Doença	42	1.1	Morte	15	2.1
	Medo	10	1.8	Sexo	13	2.3
	Preconceito	09	1.8	Tratamento	10	2.4
				Cura	10	1.9
< 4	Luta	08	1.8	Cuidado	08	2.5
	Estigma	06	1.8	Promiscuidade	06	2.0
	DST	06	1.7	Sufrimento	06	2.2
	Dor	05	1.6	Tristeza	06	2.2
				Prevenção	06	2.2
	Vida	05	2.4			
	Medicação	05	2.6			
	Esperança	05	2.8			
	Vírus	05	2.0			
	Transmissão	04	2.5			
	Imunidade	04	2.0			

Fonte: a autora.
Rang $\geq 1.89 > 1.89$

O grupo religioso formado por católicos somaram um total de 108 entrevistados que evocaram o termo HIV/Aids, os pontos de corte definidos para esta análise correspondem a frequência mínima de 4, a frequência média foi de 14 e rang de 1,89.

No quadro de 4 casas com o termo indutor HIV/Aids (Quadro 3) no grupo de católicos temos os seguintes léxicos no núcleo central doença, medo, preconceito. Na primeira periferia surge os léxicos morte, sexo, tratamento e cura, na segunda periferia estão os léxicos cuidado, promiscuidade, sofrimento, tristeza, prevenção, vida, medicação, esperança, vírus, transmissão e imunidade. Na zona de contraste temos os termos luta, estigma, DST e dor.

O termo doença permanece sendo o de maior frequência e com a menor OME, não diferindo do quadro geral. Porém percebe-se a ausência de elementos da dimensão afetiva no núcleo central e na primeira periferia, surgindo somente na segunda periferia com os termos sofrimento e tristeza, além da prevalência de termos da dimensão humana e prática no núcleo central e na periferia.

Destaca-se o termo camisinha que ficou oculto em todos os quadrantes, provavelmente relacionado aos preceitos da religião em relação ao uso de contraceptivos. O que difere do estudo de Couto *et al.* (2020) que realizou um estudo de representações sociais com 84 jovens utilizando a técnica de associação livre de palavras com o termo indutor “AIDS” em que o primeiro termo do núcleo central com maior frequência foi o léxico camisinha seguido de prevenção. Esse estudo revelou que o sentido representacional de que jovens católicos acreditam na tecnologia do preservativo como algo importante na prevenção da Aids. Essa diferença nas representações pode ser atribuída a faixa etária do estudo de jovens versus todas as faixas etárias.

O segundo grupo religioso analisado foi o dos evangélicos (Quadro 4), que somaram um total de 131 entrevistados que evocaram o termo HIV/Aids. Os pontos de corte definidos para esta análise correspondem a frequência mínima de 4, a frequência média foi de 14 e rang de 1,85.

No quadro de quadro casas para o grupo religioso evangélico temos no núcleo central os léxicos doença e tristeza, na primeira periferia temos morte, preconceito, tratamento e cura. Na segunda periferia, surge os elementos cuidado, sofrimento, discriminação, vida, estigma, amor, dor, promiscuidade, remédios, acolhimento e camisinha, na zona de contraste aparece os termos medo, sexo e humanidade.

Quadro 5 - Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos evangélicos ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (N = 131).

Freq. Média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥4	Doença	48	1.2	Morte	25	2.0
	Tristeza	13	1.8	Preconceito	18	1.9
				Tratamento	16	2.4
				Cura	13	2.0
< 4	Medo	09	1.9	Cuidado	10	2.0
	Sexo	08	1.8	Sufrimento	08	2.2
	Humanidade	04	1.0	Discriminação	06	2.7
				Vida	05	2.0
				Estigma	05	2.0
				Amor	05	2.8
				Dor	05	2.8
				Promiscuidade	04	2.5
				Remédios	04	3.0
				Acolhimento	04	2.2
				Camisinha	04	2.0

Fonte: a autora.

Rang $\leq 1.85 > 1.85$

Diferente do grupo de católicos, no grupo de evangélicos o elemento camisinha surge na segunda periferia, porém com uma baixa frequência. Contudo há elementos associados à dimensão afetiva como tristeza no núcleo central, cuidado, amor e acolhimento na segunda periferia e humanidade na zona de contraste (Quadro 05).

Santo, *et al.* (2019) realizaram um estudo de representações sociais com 30 líderes religiosos evangélicos e concluíram que a ancoragem da Aids para o grupo está centrada ainda na ideia de pecado, principalmente quando representam a síndrome com o castigo divino e desobediência às leis de Deus. A representação social da Aids apresenta-se como negativa enquanto consequência do pecado cometido, principalmente no que se refere às práticas sexuais contrárias às leis divinas presentes na Bíblia como a homossexualidade.

O terceiro grupo religioso analisado foi o dos espíritas kardecistas (Quadro 5) que somaram um total de 100 entrevistados que evocaram o termo HIV/Aids. Os pontos de corte definidos para esta análise correspondem a frequência mínima de 4, a frequência média foi de 14 e rang de 1,9.

Quadro 6 - Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos espíritas kardecistas ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (N = 100).

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥4	Doença	34	1.3	Preconceito	14	2.1
	Morte	17	1.5	Tristeza	12	2.2
	Cura	13	1.9	Tratamento	11	2.7
	Sufrimento	10	1.8			
< 4	Medo	09	1.9	Vida	06	2.3
	Sexo	08	1.8	Vírus	06	2.0
	Cuidado	07	1.9	Medicação	05	2.6
	Humanidade	04	1.0	Amor	05	2.2
				Esperança	05	2.4
				Compaixão	04	3.0
				Luta	04	2.2
				Camisinha	04	2.0

Fonte: a autora.
Rang ≤1.9>1.9

No quadro de quatro casas para o segmento religioso espíritas kardecistas (Quadro 6) os léxicos doença, morte, cura e sofrimento surge no núcleo central, na primeira periferia surgem os léxicos preconceito, tristeza e tratamento. Na segunda periferia, há a presença dos elementos vida, vírus, medicação, amor, esperança, compaixão, luta, camisinha e na zona de contraste aparece os termos medo, sexo, cuidado e humanidade.

O léxico doença permanece com alta frequência, mas destaca-se nesse grupo a ausência de termos estigmatizantes e depreciativos relacionados ao termo indutor. Já os cognemas cura e sofrimento, que no quadro geral surgiam na primeira periferia, nesse grupo se tornam elementos centrais.

O cognema compaixão também surge na segunda periferia pela primeira vez, a palavra compaixão vem do latim *compassio*, que significa o ato de partilhar o sofrimento de outra pessoa. *Compassio* significa entender a dor de outra pessoa e sentir dó de seu sofrimento. Essa compreensão leva ao desejo de ajudar, partilhando o peso da dor (DICIO, 2023). Segundo Allan Kardec no livro dos espíritos (2012) a compaixão é a virtude que mais aproxima o homem dos anjos, sendo considerado o sentimento mais apropriado para a progressão, domando o egoísmo e o orgulho, aquele que dispendo a alma à humildade, à beneficência e ao amor do próximo.

A cura para a doutrina espírita também vista como um ato de caridade, é praticada em vários centros como uma opção de tratamento concomitante com o tratamento médico, acredita-se que as doenças que acometem o corpo físico poderiam ser decorrentes de

desordens no perispírito. Através de passes ou de tratamentos espirituais pode-se alcançar a sua reorganização (ARRIBAS, 2013).

O quarto grupo religioso analisado foi o dos umbandistas que somaram um total de 106 entrevistados que evocaram o termo HIV/Aids, os pontos de corte definidos para esta análise correspondem a frequência mínima de 3, a frequência média foi de 14 e rang de 1,92 (Quadro 7).

Quadro 7 - Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos umbandistas ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022 (N = 106).

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥3	Doença	48	1.2	Tristeza	12	2.2
	Preconceito	17	1.9	Cura	12	2.1
	Morte	17	1.9	Sofrimento	10	2.0
				Tratamento	10	2.3
				Medo	09	2.0
				Remédios	08	2.9
				Sexo	08	2.0
< 3	Saúde	06	1.5	Cuidado	07	2.3
	Dor	05	1.8	Prevenção	06	2.0
	Incurável	04	1.5	Luta	06	2.7
	Vírus	04	1.5	Descuido	05	2.2
	Transmissível	03	1.7	Esperança	04	2.8
	Resgate	03	1.7	Fé	04	2.2
				Sangue	04	2.2
				Cuidados	04	2.2
				Empatia	03	2.0
				Cazuza	03	2.3
				Comorbidade	03	3.0
				Responsabilidade	03	2.3
				Irresponsabilidade	03	3.0

Fonte: a autora.
Rang ≤ 1.92 > 1.92

No quadro de quatro casas da religião umbanda temos no núcleo central o léxico doença, preconceito, morte, na primeira periferia encontramos os léxicos tristeza, cura, sofrimento, tratamento, medo, remédios e sexo. Na segunda periferia temos os elementos cuidado, prevenção, luta, descuido, esperança, fé, sangue, cuidados, empatia, cazuza,

comorbidade, responsabilidade e irresponsabilidade, na zona de contraste encontramos saúde, dor, incurável, vírus, transmissível e resgate.

Elementos pertencentes a dimensão humana como doença e morte estão presentes no NC. Para os adeptos da religião Umbandista, a vida terrena é uma passagem, um estágio que precisamos passar para a evolução espiritual. Trata-se de um ritual de cura que possibilita consertar os erros aprendendo com eles, ajudar ao próximo através da prática do amor e da caridade. É uma troca, pois contribui para a evolução do outro como a nossa. Portanto, a morte é a transição do espírito no corpo físico para o plano espiritual, com rituais que contribuem para a significação da perda do enlutado (NOGUEIRA; GULANDA, 2023).

Os termos doença e morte apoiam-se em elementos da primeira periferia da dimensão afetiva como tristeza, sofrimento, medo. Sentimentos esses que auxiliam os adeptos da religião a ressignificar a perda e estão presentes no processo de luto. Destaca-se nesse quadro o surgimento de cognemas que ainda não tinha surgida nas outras religiões como fé, cazuza e acolhimento.

O quinto grupo religioso analisado foi o dos candomblecistas que somaram um total de 76 participantes que evocaram o termo HIV/Aids. Os pontos de corte definidos para esta análise correspondem a frequência mínima de 4, a frequência média foi de 14 e rang de 1,86 (Quadro 8).

Quadro 8 - Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos candomblecistas ao termo indutor HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. (N = 76).

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥4	Doença	34	1.3	Prevenção	14	1.9
	DST	12	1.4	Camisinha	13	2.5
< 4	Vírus Sofrimento	10	1.7	Preconceito	10	1.9
		05	1.8	Incurável	09	2.6
				Morte	09	1.9
				Medo	07	2.1
				Tratamento	07	2.6
				Acolhimento	04	2.2
				Cuidado	04	2.2

Fonte: a autora.
Rang ≤ 1.86 > 1.86

No quadro de quatro casas referente ao segmento religioso candomblé há a presença dos léxicos doença e DST no núcleo central, na primeira periferia os léxicos prevenção e camisinha. Na segunda periferia temos os termos preconceito, incurável, morte, medo, tratamento, acolhimento, cuidado, e na zona de contraste temos o elemento vírus e sofrimento.

A representação do HIV/Aids para esse grupo religioso é pautada na dimensão humana apoiadas a elementos práticos que remetem a discurso científico de prevenção e uso de preservativos. Destaca-se o elemento DST no núcleo central pela primeira vez e a migração dos elementos vírus e sofrimento para a zona de contraste. Entretanto, houve um número de participantes menor desse segmento religioso ficando difícil estabelecer alguma relação dessa movimentação nos léxicos, podendo ter ocorrido de forma aleatória, sem qualquer relação a representação social do grupo.

Para uma visualização melhor do núcleo central por segmento religioso foi construído o Quadro 9 para comparar o que se torna comum para cada grupo e o que difere do quadro geral.

Quadro 9 – Quadro referente aos núcleos centrais do quadro geral com o termo indutor HIV/Aids e por segmento religioso.

Núcleo Central - HIV/Aids	Católicos	Evangélicos	Espíritas kardecistas	Umbandistas	Candomblecistas
Doença	Doença	Doença	Doença	Doença	Doença
Morte	Medo	Tristeza	Morte	Preconceito	DST
Preconceito	Preconceito		Cura	Morte	
Medo			Sufrimento		
Vírus					

5.2 Análise prototípica das evocações livres e análise de similitude por cocorrência ao termo indutor pessoas que vivem com HIV/Aids

Na TALP dos 521 participantes ao termo indutor PVHA, os pontos de corte definidos para esta análise correspondem à frequência mínima de 15 e um rang 1.99. A partir desses parâmetros, os dados foram tratados com auxílio do programa IRAMUTEQ (Quadro 10).

Quadro 10 - Quadro de Quatro Casas referente às evocações dos religiosos ao termo indutor PVHA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. (N = 521).

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥15	Tratamento	59	1.7	Preconceito	55	2.0
	Normal	31	1.8	Cuidado	52	2.1
	Luta	28	1.9	Medo	39	2.1
	Doente	27	1.9	Esperança	34	2.3
				Sufrimento	31	2.0
< 15	Dificuldade	22	1.6	Força	24	2.0
	Tristeza	20	1.7	Vida	23	2.0
	Superação	20	1.9	Fé	19	2.2
	Resiliência	16	1.8	Solidão	17	2.2
	Discriminação	14	1.3	Coquetel	16	2.0
				Cura	16	2.5
				Doentes	15	2.0
				Dor	15	2.3
				Responsabilidade	15	2.1
				Aceitação	14	2.2
				Coragem	14	2.0

Fonte: a autora.

Rang $\leq 1.99 > 1.99$

No quadro de quatro casas com o termo indutor Pessoas que vivem com HIV, temos no núcleo central os léxicos tratamento, normal, luta e doente; na primeira periferia temos os termos preconceito cuidado, medo, esperança e sofrimento. Na segunda periferia, temos os léxicos força, vida, fé, solidão, coquetel, cura, doentes, dor, responsabilidade, aceitação e coragem; na zona de contraste encontramos dificuldade, tristeza, superação, resiliência e discriminação.

No núcleo central há a presença de elementos pertencentes a uma dimensão prática e imagética, sendo tratamento e luta inseridas na dimensão prática em que há uma ação envolvida, o léxico tratamento pode ser visto como a ação de se cuidar, tomar medicação e

realizar um acompanhamento e luta como o ato de lutar contra o vírus, a doença ou mesmo o preconceito.

Na dimensão imagética ainda no núcleo central temos o léxico normal e doente, que remete à imagem de uma pessoa normal, ou seja, saudável e o cognema doente que se associa a doença em si ou imagem dela. Para Justo *et al.* (2014), um corpo normal, saudável é caracterizado por uma construção simbólica que reflete uma representação individual, coletiva e social apoiado em algum momento histórico em seu estudo os autores verificaram que saúde é um eixo estruturante da representação de corpo.

É possível então compreender que o núcleo central dessa representação engloba as dimensões práticas e imagéticas em que o pensamento consensual dos sujeitos se baseia num contexto de saúde e doença estando relacionado a sua experiência pessoal e coletiva e acaba ancorando-se em outras dimensões como afetiva e de crença que apoiam e dão sustentação a esse núcleo.

O léxico tratamento no núcleo central com maior frequência e prontamente evocado refere-se provavelmente o advento da TARV, seguido pelo léxico normal. Sugere-se que, com a acessibilidade da TARV para pessoas portadoras do HIV, permitiu-se uma normalidade na vida cotidiana, essa representação foi confirmada adiante nas entrevistas.

Brigido *et al.* (2014) realizaram um estudo sobre representações sociais e adesão ao tratamento antirretroviral, que levou a duas concepções, a primeira relacionada a uma vida normal mantida pela ideia central de uso contínuo e regular dos medicamentos, por meio de uma rotina rígida, ideia compartilhada pelas pessoas com uma alta adesão ao tratamento. Já a segunda, a representação do tratamento é algo que gera sofrimento e isolamento social, mais característica de pessoas com baixa/ inadequada ou insuficiente/regular adesão ao tratamento.

O termo luta acaba reforçando e complementando os cognemas normal e tratamento, como se a pessoa que vive com HIV deveria estar constantemente lutando para ter uma vida normal seguindo o tratamento.

Apesar do núcleo central apresentar elementos relacionados ao conhecimento científico sobre a doença, no sistema periférico surgem elementos relacionados ao senso comum, com cognemas que remetem ao início da pandemia, como preconceito, sofrimento e medo. Destaca-se também a presença de elementos negativos na dimensão afetiva que reforçam estereótipos e contribuem para a manutenção do estigma, como solidão, dor, tristeza e discriminação.

Alguns termos relacionados a dimensão da crença como fé, esperança e resiliência, traz uma associação com o processo de ressignificação da síndrome como relatada por alguns

autores. Gomes *et al.* (2019) afirmam que as PVHA ressignificam a vivência do cotidiano amparadas no trabalho na rede social de apoio e em elementos que expressam E/R e se adaptando a condição de soropositividade. Para esses autores, as PVHA representam a religiosidade como o exercício da fé por meio de uma entidade transcendente, uma instituição religiosa, a crença e a reflexão dessa dimensão para ressignificar sua condição, ocupando um espaço de crença/prática.

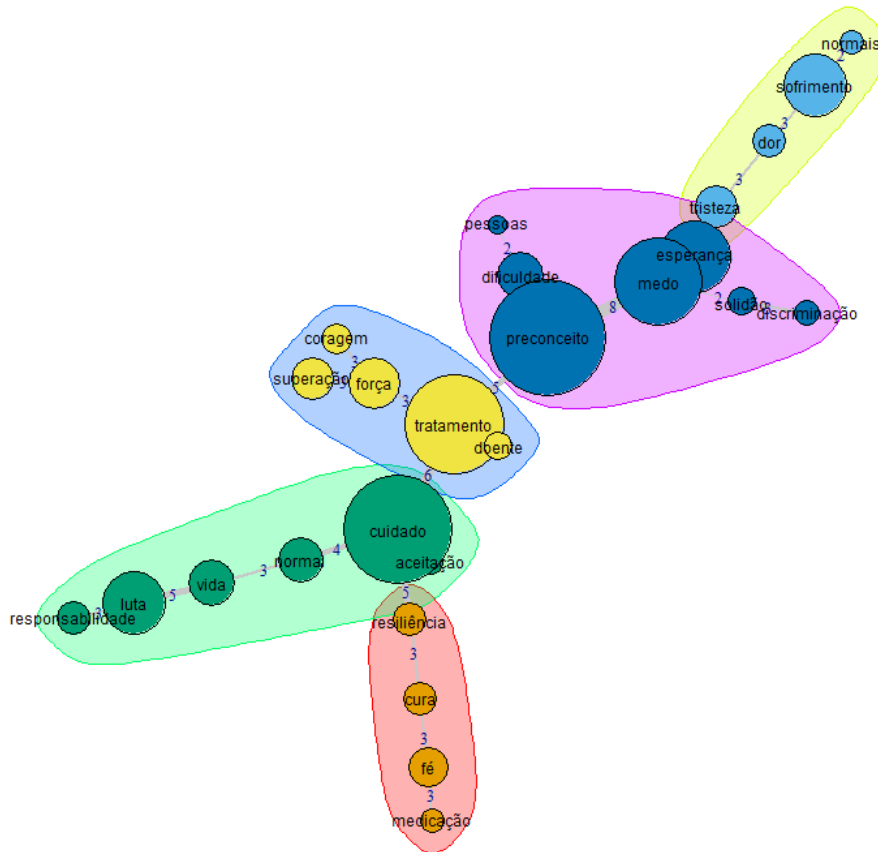
Já Nogueira, *et al.* (2019) afirmam em seus estudos que a fé pode apresentar diferentes sentidos e significados, estimulando ação e gerando motivação, ancorada na esperança de evolução do tratamento, de lutar pela vida, pensamentos que geram motivação; a fé também pode ser considerada uma forma de ação e de enfrentamento. Através do tratamento, as PVHIV puderam ter mais aspirações e motivações que as condicionaram a lutar pela vida. Continuar vivendo foi o novo possível que foi determinado pela forma como se interpretou a si próprio. Ou seja, aqueles que tiveram fé, e através da razão, tiveram consciência e força para buscar tratamento (NOGUEIRA *et al.*, 2019).

A representação pela análise prototípica de pessoas que vivem com HIV/Aids demonstrou que ainda persistem elementos associados ao preconceito que reforçam o estigma à PVHA associados provavelmente ao início da epidemia e da memória social do grupo, em contraponto a uma dimensão que surge de esperança e fé decorrente do tratamento levando a uma normalização através do tratamento. A presença dos cognemas tratamento, normal, luta e doente no núcleo central sugere que a representação está pautada no surgimento da TARV e de outros avanços da ciência que permite uma qualidade de vida e esperança para as pessoas que vivem com HIV para os grupos religiosos.

A seguir, foi realizada a Árvore de similitude dessa representação a fim de clarificar as relações internas da representação e os termos que emergiram do quadro de quatro casas (Figura 12).

Na árvore de similitude da evocação de PVHA, os termos preconceito, tratamento e cuidado apresentam comportamento de centralidade pelo número de conexões com os outros termos, já normal e luta se apresentam distantes do centro da árvore e com poucas conexões, entretanto, o elemento doente, apesar de poucas conexões se apresenta quase aglutinado ao termo tratamento. Apesar de preconceito ter apresentado um comportamento de centralidade na árvore de similitude, o termo se encontra na periferia no quadro de quatro casas anterior.

Figura 12 - Árvore de similitude por coocorrência do termo indutor pessoas que vivem com HIV/Aids para grupos religiosos. Rio de Janeiro, RJ, 2022 (n = 521).



Fonte: a autora.

A questão do preconceito se apresenta tanto para grupos que não possuem HIV quanto para grupos de PVHA. Em um estudo de Gomes *et al.* (2021), os autores evidenciaram que o preconceito está presente através de falas discriminatórias, e ações dentro da própria rede familiar e no ambiente de trabalho, levando-o muitas vezes o ocultamento da sua condição sorológica, ou após desvelar o seu diagnóstico o indivíduo vive um isolamento social muitas vezes por culpabilização por uma questão moral ou religiosa.

O cognema preconceito dentro da Árvore de similitude nessa posição com comportamento de centralidade, sugere que apesar dos avanços no tratamento as PVHA ainda estão expostas a alguma forma de preconceito ancorado provavelmente ao surgimento da síndrome que associou a determinados grupos sociais e comportamentos fomentados pela mídia e diretrizes religiosas na época.

Foi realizado também os quadros de quatro casas com o termo indutor dividido por segmento religioso, para uma melhor compreensão da representação (Quadros 11 a 15).

Quadro 11 - Quadro de quatro casas de PVHA religião católica (N = 108).

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥5	Cuidado	15	1.8	Medo	14	2.1
	Tratamento	12	1.7	Preconceito	11	2.2
< 5	Sufrimento	06	1.3	Vida	07	2.0
	Doentes	06	1.7	Dificuldade	06	2.0
	Tristeza	05	1.8			
	Normal	05	1.8			

Fonte: a autora.

Nota: frequência mínima de 5 rang $\leq 1.86 > 1.86$

No quadro de quatro casas do termo indutor PVHA para católicos (Quadro 9), os léxicos cuidado e tratamento surgem no núcleo central. Na primeira periferia surgem os léxicos medo e preconceito; na segunda periferia há a presença dos léxicos vida e dificuldade e na zona de contraste há a presença dos léxicos sofrimento, doentes, tristeza e normal.

No núcleo central do Quadro 10 há a presença de dois elementos da dimensão prática cuidado e tratamento e na primeira periferia dois elementos da dimensão afetiva medo e preconceito. O medo pode ser interpretado de diferentes formas, como por exemplo o medo do contágio, o medo de conviver ou até mesmo o medo do preconceito. A presença de elementos da dimensão prática no núcleo central e afetiva nos outros quadrantes pode representar que a razão está acima de elementos afetivos. Destaca-se a ausência do cognema luta no quadro desse segmento religioso presente no núcleo central do quadro geral.

A religião católica se posicionou frente a epidemia do HIV com uma posição mais rígida principalmente relacionado à prevenção quanto ao uso de preservativos, fato este apontado pela ausência de elementos relacionados a prevenção no quadro, porém também não há elementos relacionados a forma de contágio.

A presença de elementos práticos pode ser atribuída ao trabalho da Pastoral da Aids dentro da igreja católica. A Pastoral da Aids, procura expressar, na linguagem da Igreja, o trabalho de prevenção ao HIV e acompanhamento das pessoas que vivem e convivem com HIV e Aids. A pastoral da Aids apesar de não estar presente em todas as igrejas católicas, ela possui um trabalho reconhecido dentro dessa religião levando assistência à PVHA, tanto com ajuda com alimentos quanto suporte espiritual e atua também em campanhas de prevenção e diagnóstico precoce (SEFFNER *et al.*, 2008).

Em 2009, a Igreja Católica juntamente com o Ministério as Saúde iniciaram uma campanha de prevenção com o objetivo de “sensibilizar os fiéis sobre a importância da testagem para Aids na população geral e para sífilis entre as gestantes”. Dois aspectos têm destaque nessas iniciativas: por um lado, a promoção da testagem como estratégia chancelada por meio da referida articulação e, evidentemente, a omissão do preservativo (LERMEN *et al.*, 2020).

Destaca-se ainda a ausência de elementos da dimensão afetiva de caráter positivo e elementos da dimensão de crença e transcendência que estão presentes no quadro geral (Quadro 12).

Quadro 12 - Quadro de quatro casas evangélicas (N = 131).

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥ 6	Medo	11	2.0	Preconceito	16	2.1
	Tratamento	10	1.8	Cuidado	13	2.4
	Luta	10	1.8			
< 6	Doente	09	1.8	Dor	08	2.4
	Superação	09	1.4	Esperança	07	2.0
	Força	08	1.9	Sufrimento	06	2.3
	Coquetel	06	2.0	Morte	06	2.8

Fonte: A autora.

frequência mínima de 6, Rang $\leq 2.05 > 2.05$

No quadro de quatro casas com o termo indutor PVHA para evangélico há a presença do léxico medo, tratamento e luta no núcleo central, na primeira periferia temos os léxicos preconceito e cuidado; na segunda periferia temos os termos dor, esperança, sofrimento e morte e na zona de contraste os termos doente, superação, força e coquetel. Assim como nos

católicos, os evangélicos possuem no núcleo central e na primeira periferia uma predominância de elementos da dimensão prática e afetiva, esperança que é um cognema pertencente a dimensão de crença só aparece na segunda periferia (Quadro 12).

Quadro 13 - Quadro de quatro casas religião espírita kardecista. (N = 100).

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥3	Tratamento	07	1.4	Sufrimento	12	2.1
	Discriminação	06	1.7	Esperança	11	2.6
	Pessoas	05	1.4	Preconceito	10	2.0
				Cuidado	10	2.1
				Aceitação	08	2.2
				Medo	07	2.0
				Resiliência	06	2.2
< 3	Medicação	04	1.8	Imunidade	04	2.2
	Dificuldade	04	1.5	Força	04	2.0
	Solidão	04	1.8	Fé	04	2.2
	Luta	04	1.5	Responsabilidade	04	2.2
	Desafio	04	1.8	Cura	04	2.0
	Pena	03	1.0	Normal	04	2.0
	Normais	03	1.7	Coragem	04	2.2
	Fragilidade	03	1.7	Autocuidado	03	2.7
	Amor	03	1.7	Superação	03	2.3
	Segredo	03	1.7	Prevenção	03	2.7
	Vida	03	1.7	Dor	03	2.7
	Tristeza	03	1.7			
	Compaixão	03	1.0			
	Cuidados	03	1.7			

Fonte: a autora.

Frequência 3 rang $\leq 1.96 > 1.96$

No quadro de quatro casas do termo indutor PVHA para a religião espírita kardecista (Quadro 13) como elemento central há os léxicos tratamento, discriminação e pessoas, na primeira periferia há os léxicos sofrimento, esperança, preconceito, cuidado, aceitação, medo e resiliência; na segunda periferia temos os termos imunidade, força, fé, responsabilidade, cura, normal, coragem, autocuidado, superação, prevenção e dor; na zona de contraste há a

presença dos termos medicação, dificuldade, solidão, luta, desafio, pena, normais, fragilidade, amor, segredo, vida, tristeza, compaixão e cuidados.

A presença de elementos da dimensão transcendente na primeira periferia é um diferencial para este grupo religioso, o cognema esperança e resiliência estão associados a doutrina e valores da religião.

Resiliência pode ser definida como a capacidade de se adaptar frente as adversidades. Pertence ao grupo dos mecanismos de defesa, é controlável e traz esperança, transformando uma situação de tristeza em possibilidade de crescimento, é potencializador de saúde mental, uma vez que o contrário significa adoecimento orgânico e psíquico. A resiliência juntamente com a fé e esperança são fatores protetores, que levam o sujeito a ressignificar os eventos de dor e sofrimento (BRANDI; FELIPPE, 2023).

Estes dois cognemas, esperança e resiliência, se encontram na primeira periferia desse segmento religioso, então para este grupo a elementos associados a ressignificação da síndrome está presente dentro desse quadro de 4 casas de uma maneira significativa.

Já em relação às origens etimológicas, a palavra “resiliência” comporta a ideia, presente na física, de um retorno ao que se era. A palavra vem do latim resilio, resilire. Resilio, seria derivada de re (partícula que indica retrocesso) e salio (saltar, pular), significando saltar para trás, voltar saltando (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLINASCIMENTO, 2011).

No livro O Evangelho segundo o espiritismo, por Allan Kardec (2020), o capítulo 5 discorre sobre os aflitos, a justiça, as causas da aflição e a resignação. O homem pode suavizar ou aumentar o amargor de suas provas, conforme o modo porque encare a sua vida terrena. Bem-aventurados os aflitos, pois que serão consolados, em Mateus, cap 5, Jesus exalta as bem-aventuranças e coloca a aflição como uma oportunidade de o homem provar a sua fé, Allan Kardec interpreta também como uma oportunidade resignação que leva o padecente a bendizer do sofrimento, como prelúdio da cura (KARDEC, 2020).

No quadro de quatro casas com o termo indutor PVHA no núcleo central (Quadro 14) há a presença dos léxicos tratamento, preconceito e cuidado, na primeira periferia o léxico força; na segunda periferia há a presença dos termos luta, esperança, perseverança e cura, na zona de contraste há a presença dos termos fé, vida e dificuldade.

Quadro 14 - Quadro de quatro casas religião umbanda. (N = 106).

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥6	Tratamento	15	1.5	Força	09	2.0
	Preconceito	11	1.8			
	Cuidado	09	1.9			
< 6	Fé	08	1.9	Luta	08	2.6
	Vida	07	1.9	Esperança	07	2.3
	Dificuldade	07	1.3	Perseverança	06	2.3
				Cura	06	2.7

Fonte: a autora.

Frequência mínima de 6 rang de $\leq 1.97 > 1.97$

Para as religiões afrobrasileiras há a crença em forças vitais existentes em tudo que constitui a vida, essa força denomina-se axé e é proveniente do Deus supremo. Trazendo felicidade quando essa energia está em equilíbrio, porém quando em desequilíbrio pode ocorrer uma quebra entre o mundo natural e sobrenatural surgindo as doenças e nesse contexto que os significados à exposição ao HIV/AIDS são construídos. O corpo é visto como algo sagrado, como morada/templo do orixá e elo com as entidades. Por isso, demonstram importância no cuidado ao corpo e retratam que esta é uma pregação dos sacerdotes (SILVA *et al.*, 2022).

O nome Umbanda tem origem do vocabulário africano que significa “a arte de curandeiro”, com variações teológicas, mas consensuais em alguns aspectos como: a prática da caridade e o exercício do amor. Ao redor da Umbanda estão instituídas compreensões particulares sobre as mais variadas questões referentes à nossa existência, tais como nascimento, morte, saúde, adoecimento e cuidado. Nesse sentido, os processos de saúde/doença/cuidado precisam ser vistos sob outra ótica. O cuidado surge como elemento central nesse grupo podendo relacionar -se a concepção de cuidado pois o corpo é como a morada do orixá e essa precisa estar em harmonia até mesmo para a realização de tarefas e obrigações dentro do terreiro (NOGUEIRA; GULANDA, 2023; ROCHA; SEVERO; VLADIMIR, 2019).

Tratamento foi outro cognema que emergiu nesse grupo. Para melhor compreensão do termo dentro da religião, é necessário entender o papel de um orixá específico dentro da religião. Omolu e Obaluaê são orixás patronos da doença e da cura, considerado o médico dos orixás e dos seres humanos, e o guardião da saúde dos pobres e daqueles que nele possuem fé. Os dois são um só podendo ser dois ao mesmo tempo. Fazem sincretismo com São Lázaro e

São Roque na tradição católica. São cultuados na umbanda e no candomblé em rituais que visam a cura de enfermidades (LEITE, 2019; 2020).

A sabedoria dos terreiros e as suas práticas terapêuticas são fundamentais para lidar com o sofrimento das pessoas e o restabelecimento da saúde, vários são os procedimentos utilizados para o reequilíbrio das pessoas, como: o jogo de búzios, os ebós, o bori, as iniciações, o uso das folhas, ervas raízes e flores, os banhos, as benzeduras, as beberagens, aconselhamento e outras diversas formas. Cada tradição religiosa afro-brasileira utiliza um procedimento ou combinações, então não é por acaso que os cognemas tratamento e cuidado emergiram no quadro (SILVA; FILHO, 2020).

Quadro 15 - Quadro de quatro casas religião candomblé. (N = 76).

Freq. média	Elemento evocado	Freq.	OME	Elemento evocado	Frequência	OME
≥3	Normal	16	1.7	Tratamento	17	2.1
	Doente	12	1.8	Preconceito	07	2.0
				Coquetel	06	2.2
< 3	Comum	03	1.3	Vida	05	2.8
	Cazuza	03	1.7	Sufrimento	05	2.4
	Solidão	03	1.7	Cuidado	05	2.4
	Descuidado	03	1.0	Esperança	05	2.2
	Medicamentos	03	1.0	Remédios	04	2.5
				Viver	03	2.0
				Lerdo	03	3.0
				Medicação	03	2.0
				Diabos	03	2.0
				Magro	03	2.0

Fonte: a autora.

Frequência mínima de 3 e rang de $\leq 1.98 > 1.98$

No quadro de quatro casas com o termo indutor para a religião candomblé (Quadro 15) no núcleo central emergiu os léxicos normal e doente, na primeira periferia os léxicos tratamento, preconceito e coquetel; na segunda periferia há a presença dos termos vida, sofrimento, cuidado, esperança, remédios, viver, lardo, medicação, diabos, magro e na zona de contrastaste há a presença dos termos comum, cazuza, solidão, descuidado e medicamentos (Quadro 13).

Assim como na religião da umbanda, no candomblé a doença não é concebida como uma fatalidade e sim como uma desordem, um desequilíbrio que se inscreve no sistema antropológico do homem e que deve ser explicado e imperativamente tratado. Afetando não

apenas o indivíduo, mas toda a família, à comunidade do Terreiro, à sociedade e ao cosmos (ALVARES e SILVA, 2022).

O núcleo central dessa representação remete a dimensão humana, mas ao contrário da umbanda, na primeira periferia, emergiram duas dimensões distintas, uma relacionando a ciência como tratamento e coquetel, e outra relacionando a dimensão humana através do cognema preconceito. As ações educativas podem contribuir para um processo de diminuição do preconceito na comunidade.

Para Nascimento e Silva (2022) o terreiro deve ser utilizado como um espaço para promoção e prevenção em saúde da população negra e não negra, tanto para pessoas adeptas dessas religiões. Quanto à comunidade circundante, ela procura os terreiros em busca de auxílio e mesmo de suprir a carência de acesso aos sistemas públicos de saúde. Fazer perceber as parcerias possíveis entre o SUS e as comunidades de terreiro pode abrir novos caminhos, mais profícuos, para construir elementos que auxiliem na difícil tarefa de fortalecer as estratégias de implementação de políticas públicas (Quadro 16).

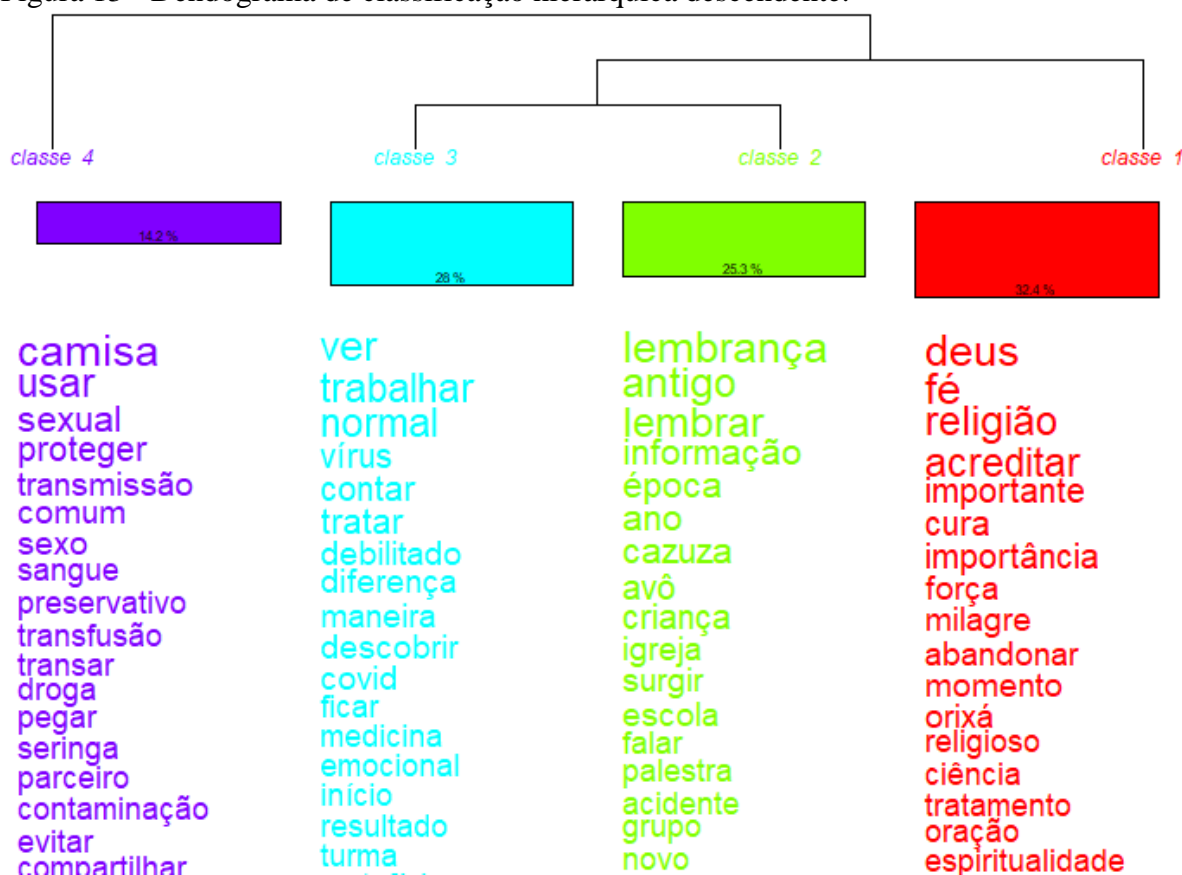
Quadro 16 - Quadro referente aos núcleos centrais do quadro geral com o termo indutor PVHA por segmento religioso

Núcleo Central - PVHA	Católicos	Evangélicos	Espíritas kardecistas	Umbandistas	Candomblecistas
Tratamento	Cuidado	Medo	Tratamento	Tratamento	Normal
Normal	Tratamento	Tratamento	Discriminação	Preconceito	Doente
Luta		Luta	Pessoas	Cuidado	
Doente					

6 ANÁLISE PROCESSUAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HIV/AIDS E DA PESSOA QUE VIVE COM O VÍRUS

A análise processual ocorreu a partir da análise das entrevistas que contou com 25 colaboradores, dos quais 5 por religião. Conforme já descrito na metodologia, foi confeccionado um corpus único com uma linha de comando padronizada e as respostas foram colocadas em forma de texto omitindo as perguntas e através do *software* IRAMUTEQ, que processou os dados gerando o dendrograma apresentado na Figura 13.

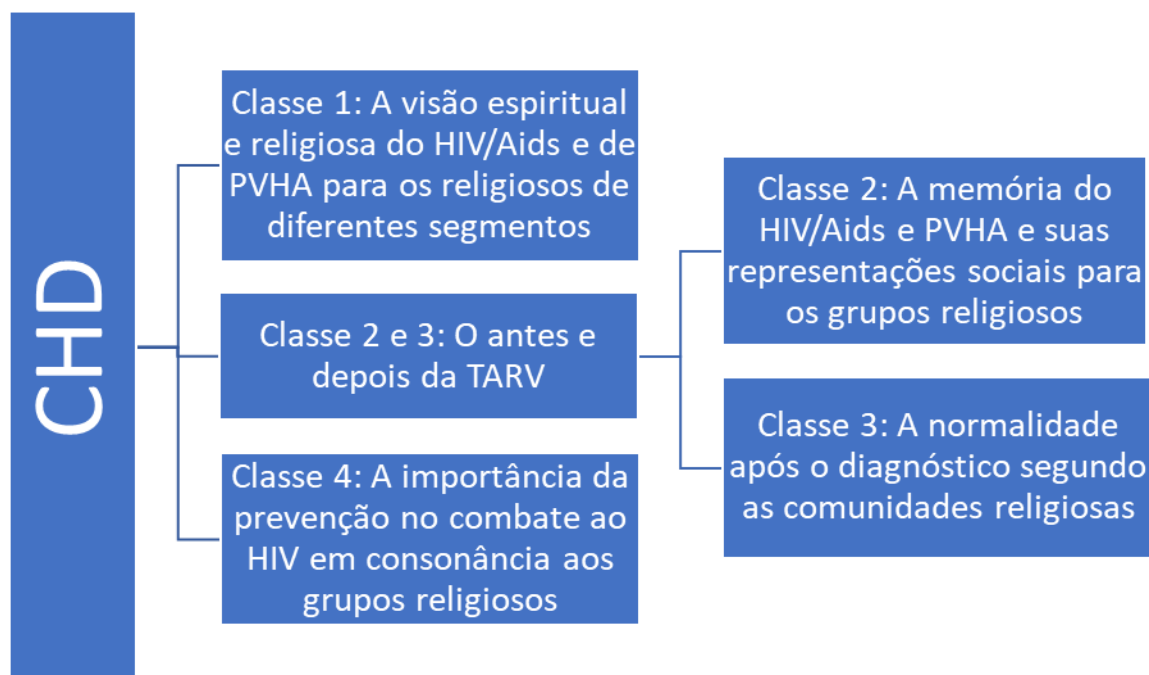
Figura 13 - Dendrograma de classificação hierárquica descendente.



Fonte: a autora.

O dendrograma da classificação hierárquica descendente (CHD) (Figura 12), gerou três eixos principais eixos principais sendo que um eixo se subdivide em dois, totalizando 4 classes ao final. Para melhor compreensão da classificação hierárquica descendente, foi confeccionado um dendrograma com as classes já nomeadas (Figura 14).

Figura 14 - Apresentação esquemática das categorias e das classes.



Fonte: a autora.

6.1 Classe 1: A visão espiritual e religiosa do HIV/Aids e de PVHA para os religiosos de diferentes segmentos

A classe 1 está ligada a espiritualidade intrínseca e extrínseca dos participantes, sendo responsável por 32.38% das UCEs, tendo como principais cognemas da classe: Deus ($x^2 = 106.5$), fé ($x^2 = 100.33$), religião ($x^2 = 93.72$), acreditar ($x^2 = 78.03$), importante ($x^2 = 42.74$), cura ($x^2 = 42.58$), importância ($x^2 = 41.0$), força ($x^2 = 38.37$), milagre ($x^2 = 36.22$), abandonar ($x^2 = 34.18$), momento ($x^2 = 30.17$), orixá ($x^2 = 28.03$), ($x^2 = 26.22$), ciência ($x^2 = 26.22$), tratamento ($x^2 = 25.96$), oração ($x^2 = 24.7$) e espiritualidade ($x^2 = 23.82$). Esses cognemas se unem para formar uma classe contendo elementos homogêneos que remetem a espiritualidade e religiosidade assim como alguns pontos de tensão com a ciência.

A cura a partir da fé e da ciência são pontos essenciais discutidos sob a percepção religiosa e individual de cada um.

Eu diria para uma pessoa que abandona o tratamento porque acredita no milagre diria que o milagre vem de quando Deus abençoa a gente de uma forma geral, não só na fé, mas na medicação, na ciência ($X^2: 444.77$ Entrevistado 18, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, umbandista).

Eu falaria para uma pessoa que abandona o tratamento porque acredita no milagre é que essa pessoa tendo fé, ela crendo em Deus ela é curada sim (X²: 417.39 Entrevistado 10, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, evangélico).

Não existe a pessoa abandonar tratamento porque acredita em milagres. Eu acho que religião e a ciência são coisas que estão em lados opostos, sua fé não tem nada a ver com o seu tratamento, com o seu corpo e sua saúde (X²: 4144.41 Entrevistado 20, sexo feminino, idade 31 a 40 anos, umbandista).

As 3 falas acima apresentam visões diferentes acerca da mesma temática que é o abandono do tratamento. A primeira defende que a ciência e a religião juntas podem atuar na cura através da medicação, a segunda relata a cura através da fé, e a terceira sobre o antagonismo entre religião e ciência, que a fé não está relacionada ao tratamento ou a sua saúde.

É importante destacar que a primeira e última fala apesar de contrapostos são de pessoas da mesma matriz religiosa, a umbanda, levando-se a supor que a crença na cura tenha tanto fatores sociais quanto pessoais, até mais marcantes que a religião. Os rituais de cura estão presentes em alguns centros de umbanda. A possibilidade de cura se torna não apenas como uma ação da ciência, mas também da fé, que é demonstrada através de rituais na umbanda e candomblé ou através da intercessão pela oração para espíritas, católicos e evangélicos.

Brandão (2021) destaca que muitas práticas são observadas nas religiões afro-brasileiras, como a Umbanda e o Candomblé, onde ressalta a relação do indivíduo com a natureza, verificada pelo uso de vegetais nos rituais, além de práticas passadas de geração a geração, pelo uso de chás, ervas e plantas que, mesmo que não curem totalmente, aliviam a dor e diminuem o impacto das doenças. A autora que estudou acerca das cirurgias espirituais na umbanda destaca o papel da fé sendo extremamente importante para ilustrar o encontro das dimensões de ação humana com o divino ou transcendente, possibilitando o processo de cirurgia na umbanda.

Para Gomes (2021) o terreiro se constitui um espaço de cuidado à saúde oferecendo oportunidades de autoconhecimento e atitudes na vida, em função do sentido que se constrói coletivamente e que se acredita. Esse espaço de cuidado segundo o autor se deve ao acolhimento na comunidade religiosa; o diálogo entre os umbandistas em transe, que, para os fiéis, é a corporificação de entidades espirituais e transcendentais, a inclusão das diferentes facetas da vida humana neste atendimento; e por fim o retorno ao cotidiano e aos seus desafios.

A fé pode influenciar na decisão que um paciente toma de buscar ajuda num terreiro, na aceitação do resultado alcançado, passando pela resignação perante seu estado de saúde ou doença e na adesão ao tratamento sugerido ou realizado, na atuação das entidades, na confiança no terreiro e em seus médiuns.

O segundo relato de uma entrevistada da religião evangélica aborda a cura através da fé. Para Ribeiro (2020) esse processo de cura nas igrejas neopentecostais possui um trajeto semelhante até chegar na cura. A pessoa é tocada interiormente pela música, pela pregação enfática do mediador, que cria uma atmosfera em que a pessoa se desliga do mundo externo e entra numa dimensão com o sagrado, atingindo a experiência espiritual em que o fiel toma posse do poder curador de Deus. Sendo uma experiência profunda de fé, de aceitação do que é anunciado, em que a pessoa se predispõe a receber. Esse processo de transformação tanto cognitiva quanto afetiva, ativa processos endógenos dando-se início ao processo de cura. Para o autor a atmosfera criada pelas sessões de cura e libertação estabilizam a incidência de desordens orgânicas e nervosas.

O próprio Jesus semeou a saúde através da cura dos enfermos. Os cegos veem, e os coxos andam; os leprosos são limpos, e os surdos ouvem; os mortos são ressuscitados (BÍBLIA SAGRADA, Mateus 11:5). Porém o próprio Jesus relata a fé como indispensável nesse processo de cura (BÍBLIA SAGRADA, Mateus 9:22; Marcos 5:34; 10:52; Lucas 7:50; 8:48; 17:19; 18:42).

A cura através da fé é um ponto em comum em várias religiões como por exemplo o espiritismo. Na doutrina espírita, o ser humano se divide em três partes: o espírito, que é ligado à mente, que comanda tudo; o perispírito, que é o elo entre a mente e o corpo, e o corpo, que é a parte física. Uma doença pode aparecer quando o perispírito está aflito. Com isso, não há como haver uma transmissão de energia, a cura na visão espírita é o resultado de um movimento pessoal, de um encontro dele com ele mesmo e com o Deus que habita nele. A cura real somente ocorrerá do interior para o exterior, do cerne para a sua forma transitória. Nesse sentido, a cura tem início quando o paciente se ama e passa a amar o seu próximo. E para consegui-lo, é indispensável orar. Curar é, portanto, mergulhar no oceano da oração, de onde procedem a inspiração e a coragem para prosseguir no esforço de crescimento espiritual (MOREIRA, 2018; FRANCO, 2013).

A associação de fé em Deus e nos orixás também emergiu das falas dos entrevistados. O padre Thiago Cosmo, Mestre em Filosofia pela Pontifícia Universidade Gregoriana, afirma que diria que a fé é o dom de acreditar e se relacionar com o Absoluto. Entendê-la como dom significa acolhê-la como um presente que nos foi dado. Seria um dom comum a todas as

peessoas, e a partir dessa relação com o Transcendente, é possível nutrir as virtudes necessárias para se viver bem, superando as dificuldades da vida, até o ponto de, inclusive, alcançarmos essa realidade superior. A fé ilumina todas as áreas da vida humana e, conseqüentemente, pode conduzir à cura”, afirma o sacerdote (TALARICO, 2021).

Seja a fé em Deus, ou a fé em orixá, ou em alguma entidade divina, você acaba perdendo um ser humano, então a minha mensagem é, continue acreditando mesmo que não tenha cura, mas pelo menos você tem um abraço (X2: 393.30 Entrevistado 25, sexo feminino, idade 51-60 anos, candomblé).

Acho que é importante ter essa fé, poder ter uma conexão com ele com esse Deus ou deusa, eu não sei. A partir da minha concepção religiosa eu falaria para essa pessoa que recebeu o diagnóstico que não é castigo, o orixá nunca está ali para poder castigar alguém (X2: 351.27 Entrevistado 21, sexo feminino, idade 20-30 anos, candomblé).

Então eu acredito muito piamente em Deus e meus amigos os orixás, se eu pudesse deixar uma mensagem para as pessoas que tem, primeiramente, cientificamente, nunca abandone seu tratamento, o tratamento médico (X2: 324.62 Entrevistado 24, sexo feminino, idade 20 a 30 anos, candomblé).

Nas falas anteriores, é possível notar a importância do orixá na dimensão religiosa do candomblé. Para o candomblé, cada indivíduo vem de um orixá diferente. O orixá não é único nem é o mesmo em cada pessoa. Todos nascem como descendente de um determinado orixá e isso não pode ser mudado. Na África, todos os membros de uma família têm um mesmo orixá: Ogum, Iansã, Obatalá, Iemanjá, Oxóssi etc., o pai passa para os seus filhos e filhas o seu orixá. Na África iorubana, todo mundo sabe qual é o seu orixá; basta saber a que família pertence (PRANDI, 2022).

No período escravocrata, a primeira coisa que ocorreu foi serem destruídos os laços de parentesco africanos. Os escravos foram caçados e separados de suas famílias, vendidos como uma mercadoria e era imediatamente batizado, recebia a religião católica e o sobrenome do seu dono, do seu senhor. Perdendo a sua origem familiar e, conseqüentemente, acabaram esquecendo quem era seu orixá, cabendo à mãe de santo no Brasil, por meio do jogo de búzios, atribuir a cada um uma origem mítica, dizendo se é um filho de Xangô, uma filha de Iemanjá e assim por diante. Essa é a primeira tentativa de restabelecer o equilíbrio entre o modo de ser daquela pessoa e sua verdadeira essência, que não pode ser contrariada, seu orixá (PRANDI, 2022).

Durante a coleta das entrevistas foi possível observar o elemento fé muito presente nas falas tanto associado ao Divino (Deus) ou a uma entidade (orixá), presente principalmente nas religiões de matriz africana.

Essa relação com o sagrado faz o indivíduo crer em uma cura até impossível para a ciência e para alcançar essa cura ele pode se utilizar de várias estratégias, até mesmo a barganha. O indivíduo ao ser diagnosticado com HIV, inicia um processo de luto antecipatório que possui as 5 fases descritas por Elizabeth Kübler-Ross (KÜBLER-ROSS, 2017) além de um estágio adicional que seria esperança. O sujeito passa a se adaptar à nova realidade (NETO; LISBOA, 2017; SHIMMA, 2020).

O luto antecipatório em decorrência ao diagnóstico do HIV ocorre antes da perda real em que o indivíduo perde a sua autonomia, a sua independência e a sua segurança quanto os projetos futuros, a espiritualidade se torna um recurso para enfrentamento, e sua relação com o transcendente se torna mais íntima e mais profunda gerando uma ressignificação pessoal diante de um diagnóstico como do HIV (LANGARRO *et al.*, 2018).

Em uma pesquisa com PVHA, Espírito Santo, Gomes e Oliveira (2013) determinaram duas formas de alcançar a cura relatada pelos participantes da pesquisa, a cura divina através do poder sobrenatural que seria uma forma direta, e a forma indireta quando o divino dá inteligência ao homem para que descubra a cura através de pesquisas.

Quando a cura não vem através do milagre, a relação com o transcendente muda passa ser outra pois o indivíduo ressignifica seu estado, surgindo a cura a espiritual, o arrependimento pelos seus pecados e a construção de uma nova vida (PAES, 2019).

O indivíduo muda sua relação com o Divino diante da impossibilidade de cura, a mudança desse aspecto relacional não ocorre pela descrença da onipotência, mas pela aceitação e ressignificação. A espiritualidade faz com que as PVHA se amem mais, cuidem-se mais e se preocupem mais com os outros desenvolvendo ações de bondade e altruísmo. O relacionamento com o Divino passa a ter um significado de força diária para enfrentar os percalços do cotidiano (ESPÍRITO SANTO; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

A ideia de castigo divino veiculado no início da epidemia, também já foi abandonada por alguns dos entrevistados.

Não acredito que Deus castiga uma pessoa, as coisas acontecem porque tem que acontecer agora acredito que estão avançando para a cura da aids, eu acredito que os dois precisam caminhar juntos tanto a medicina quanto a religião (X2: 375.67 Entrevistado 21, sexo feminino, idade 20 a 30 anos, candomblé).

Não acho que seja um castigo de Deus. Na minha opinião nós aqui nos castigamos a nossa consciência então eu não posso dizer para você que não acredito na cura, mas eu acho que você pode ter uma qualidade de vida. (X2: 274.57 Entrevistado 14, sexo feminino, idade 61 a 70 anos, kardecista).

Tem muito preconceito, mas acredito que seja um castigo de deus para humanidade eu acredito na cura da aids através de Deus independente de religião, Deus é

aquele que cura todas as doenças a gente crê (X2: 350.37. Entrevistado 10 sexo feminino, idade 41 a 50 anos, evangélico).

A última fala, de um entrevistado da religião evangélica, aborda o castigo para a humanidade de uma forma geral e não associou a alguma conduta desviante, porém o pensamento de castigo ainda está presente assim como a cura possível e tangível para qualquer doença tendo como pré-requisito da crença em Deus.

A oração também é citada como chave mestre para um encontro com Deus e um meio de fortalecer a fé. A oração é uma ferramenta utilizada por pessoas que se encontram com a saúde debilitada, como uma forma de manter a saúde física e mental (LANGARRO *et al.*, 2018). Seja como um exercício da fé ou o meio de se relacionar com o transcendente a oração está presente nas falas dos sujeitos

Eu acredito na cura da aids através da ciência e através de orações nos dois, eu acho que se a pessoa ela fé ela tiver pode ficar curada, se for da vontade de Deus sim (X2: 399.40 Entrevistado 09, sexo masculino, idade 31 a 40 anos, evangélico).

Se eu pudesse dar uma palavra de Deus eu diria para ter fé em Deus, e ore bastante reze e se aprofunde mais na religião da pessoa é muito triste (X2: 359.90 Entrevistado 04, sexo feminino, idade 61 a 70 anos, católico).

Na fala do padre, fala que a ciência e a religião têm que andar juntas, eu acredito sempre que quando tem a cura não por ter sido um milagre não, é por orações (X2: 316.32 Entrevistado 1, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, católico).

A oração em favor dos enfermos é uma prática antiga que ocorre desde os tempos remotos e em todas as religiões, seja com o nome de oração, reza, prece está presente em rituais de cura tanto coletivo quanto individuais. Souza *et al.* (2021) realizaram uma pesquisa com benzedeiras no interior do Ceará em seu trabalho destacam a importância dessa prática popular em que o objetivo não é abandonar os tratamentos convencionais, mas buscar aliá-los como forma de potencializar aquilo que se espera. As benzedeiras são mulheres de um elevado conhecimento sobre folhas e ervas que se utilizam da oração e gestos para curar as pessoas através de sua fé, grande parte são católicas e realizam suas orações invocando o nome de Jesus Cristo e outros santos.

Tanto a prece para os espíritas e a oração para os católicos se transformam em alimento para a alma tendo o poder de aproximar aquele que crê de Deus. A Igreja Evangélica fortalece o enfermo levando-o a acreditar que em nome de Jesus ele será salvo, assim como no Catolicismo. É possível perceber a força da oração dentro das religiões quando exercida com fé. Na umbanda, a cura vem através do corpo fortalecido, através da cura do espírito

equilibrado, através de uma ritualística tendo os médiuns papéis fundamentais. No Espiritismo a maior preocupação é o tratamento do corpo, mas o espírito precisa ser fortalecido, onde a prática da caridade é requisito para a cura, a reforma moral é extremamente necessária para o restabelecimento, sendo o pensamento que dá forma e vida a tudo que imaginamos e queremos. Os médiuns são instrumentos, onde utilizam as mãos como ferramentas, no entanto é a vontade de trabalho anônimo no bem que deve prevalecer (MARTINS, 2020).

O apoio da religião se torna fundamental nesse processo de fé e oração. Na religião o indivíduo encontra um lugar em que ele possa dividir seus anseios, dúvidas permitindo uma maior conexão com o divino.

Nem por parte das pessoas, nem por parte do líder religioso, só amor, a importância da religião para quem tem Aids talvez como um apoio, um conforto, um conforto espiritual e a importância de Deus também como força espiritual (X2: 367.01 Entrevistado 11, sexo masculino, idade 41 a 50 anos, kardecista).

Eu diria que o apoio religioso na minha religião, ou qualquer religião é fundamental, eu acredito hoje cem por cento de que não há como você passar por uma doença como essa sem um apoio religioso, sem fé (X2: 363.38 Entrevistado 18, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, umbandista).

O grupo religioso exerce importante papel na aceitação e no enfrentamento de doenças, como já foi evidenciado em várias pesquisas, as falas dos participantes confirmam o papel de acolhimento exercido não só pelos integrantes da religião, como os líderes (DAMASCENO, 2018; FRANÇA, 2018; PAES, 2019).

Em um estudo acerca da Religião/espiritualidade e apoio social na melhoria da qualidade de vida da pessoa com cancro avançado, Santos, *et al.* (2019) constataram que a E/R contribuíram para a adesão ao tratamento, para a redução do stress e da ansiedade e na busca por um significado no enfrentamento do problema. A E/R ainda atuam na forma como as pessoas enfrentam situações adversas, promovendo resiliência e auxiliando no enfrentamento individual da doença. Os resultados deste estudo indicam que as pessoas com cancro avançado inseridas em cuidados paliativos fazem uso dos constructos da E/R, e além das crenças e orações, e são apoiados pelos líderes e comunidades religiosas.

Dentro do espaço religioso o indivíduo se identifica e estabelece laços com os demais membros, se ajudam mutuamente. A comunidade religiosa traz não só um acolhimento, mas também se torna uma rede de apoio.

Essa classe abordou primordialmente o papel da religião e espiritualidade, bem como os elementos relacionados a espiritualidade como fé, oração, cura, elementos esses inseridos

nas práticas religiosas dos segmentos pesquisados. O objetivo dessa análise não foi de confirmar a efetividade das crenças, mas sim destacar a presença de elementos comuns a essas religiões correlacionando com os resultados na prática clínica e na literatura.

Um fato importante é destacar como a religião exerce um papel primordial de acolhimento, não só para pessoas com HIV/Aids, mas qualquer enfermidade que atinja o corpo físico ou espiritual. O papel de apoio da religião já visto em outros estudos trazem não só ressignificação da doença em si, mas a rede de apoio se torna imprescindível nesse momento tão turbulento entre o diagnóstico e o início da terapia. Discutir o papel de Deus, fé, oração e cura não é algo que se possa fazer isoladamente, mas devemos analisar dentro de um contexto tanto individual quanto em grupo considerando as nuances de cada religião.

6.2 Classe 2: A memória do HIV/Aids e da pessoa que vive com o vírus e suas representações sociais para o grupo religioso

A classe 2 demonstrou estar fortemente associada com a memória do HIV/Aids, sendo responsável por 25.3 % das UCE's e os principais elementos que apresentaram maior significado foram: lembrança ($x^2 = 79.93$), antigo ($x^2 = 66.58$), lembrar ($x^2 = 65.67$), informação ($x^2 = 44.27$), época ($x^2 = 43.37$), ano ($x^2 = 42.45$), Cazuza ($x^2 = 38.57$), avô ($x^2 = 35.9$), igreja ($x^2 = 27.18$), surgir ($x^2 = 23.75$), escola ($x^2 = 22.39$), falar ($x^2 = 21.37$), palestra ($x^2 = 21.28$), acidente ($x^2 = 17.83$), grupo ($x^2 = 16.51$), novo ($x^2 = 16.26$). Todos estes itens associados formam a imagem do HIV/Aids para o grupo.

Após mais de três décadas do surgimento do HIV aqui no Brasil a imagem que ainda vem na memória da população é do cantor Cazuza que sucumbiu ao HIV. Essa notoriedade que o artista ganhou durante a sua luta teve uma contribuição por grande parte da mídia na época. Das 10 primeiras UCEs dessa classe, 7 citam o nome do Cazuza e 1 cita outro cantor famoso.

A lembrança mais antiga que eu tenho, eu me lembro na época do cazuza que ele morreu por essa doença eu acho que foi o primeiro caso que eu lembro, na época eu não senti nada porque era muito novo naquela época (X^2 : 321.15 Entrevistado 09, sexo masculino, idade 31 a 40 anos, evangélico).

A lembrança mais antiga que eu lembro é do cazuza, da imagem dele na televisão falando dele, ele emagrecendo e ficando debilitado e aquela coisa toda. Ele era rebelde não largava o cigarro nem a bebida mesmo sabendo que estava com aids e

foi horrível (X²: 312.00 Entrevistado 7, sexo feminino, idade 71 a 80 anos, evangélico).

Associado à rebeldia contra um sistema de valores e sociedade da época, Agenor de Miranda Araújo Neto, também conhecido como Cazuzza, em 1987, com 29 anos, foi o primeiro artista brasileiro a assumir publicamente ter desenvolvido a síndrome decorrente da infecção pelo HIV. Em 26 de abril de 1989 foi publicada a edição da Revista Veja com a manchete “Cazuzza - uma vítima da Aids agoniza em praça pública”, a mídia brasileira personificou a imagem do HIV através dele (BERNARDES, 2015).

Jodelet (2012) afirma que duas representações, uma moral e outra biológica, construiu-se para acolher esse elemento novo (HIV) e que as redes de comunicação midiáticas ou informais interviram em sua elaboração, abrindo a via dos processos de influência, às vezes de manipulação social dessa representação.

Moscovici (2015) exemplifica que objetivar é um mecanismo que transforma o abstrato em algo quase concreto, transferindo o que está na mente em algo que exista num mundo físico, no caso do HIV transformou a imagem de um vírus letal associado a libertinagem e devassidão de um grupo social a uma imagem de uma pessoa pública. O processo de objetificação do HIV pela imagem do Cazuzza através da mídia transformou o objeto não familiar em familiar, a representação adquire materialidade. Cazuzza se tornou o rosto do HIV na memória dos brasileiros, rosto esse marcado pela magreza, pela debilidade, esqualidez e, por fim, pela morte.

A lembrança mais antiga da Aids que eu tenho foi quando teve o rock-in-rio. Eu lembro da Aids do Cazuzza na televisão, lembro do cazuzza um rapaz tão bonito tão animado e depois ele tão magrinho (X²: 274.65 Entrevistado 04, sexo feminino, idade 61 a 70 anos, católico).

A lembrança mais antiga do HIV que eu tenho eu acho que foi a morte do Cazuzza eu lembro, eu lembro dele na cadeira de rodas com uma aparência bem esquelética (X²: 269.45 Entrevistado 18, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, kardecista).

Para Sá (2015) as memórias sociais têm um caráter construtivo ou reconstrutivos, sua constituição é social e individual e é dependente da comunicação e interação social. Para o autor, a memória humana não é uma reprodução de experiências passadas, e sim uma construção que se faz a partir delas na realidade presente com o apoio de recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura.

Pelas falas descritas acima as primeiras lembranças do HIV são ainda associadas a uma pessoa debilitada, próxima da morte que causava medo, terror e pena. O que leva o portador do HIV à morte social antes mesmo da morte física (SONTAG, 1989).

Ele tem HIV e o corpo dele estava cheio de ferida, sabe quando fala em Aids assim eu lembro logo desse lance e tem muitos anos, tem mais de 10 anos (X²: 158.68 Entrevistado 05, sexo feminino, idade 61 a 70 anos, católico).

A mídia, a escola e as comunidades religiosas se apresentaram como as primeiras fontes de informação, porém nem sempre corretas ou fidedignas. Até que com o advento da internet e da ampliação dos serviços de saúde foi possível um melhor acesso segundo muitos entrevistados que relataram ser atualmente a fonte de informação mais buscada.

A lembrança mais antiga que tenho do HIV acho que foi na escola uma palestra que teve de saúde prevenção que eu fui à palestra, tinha uns quatorze (X²: 198.12 Entrevistado 20, sexo feminino, idade 31 a 40 anos, umbandista).

Mas a visão da igreja para prevenção da Aids é não fazer sexo antes do casamento eu tenho informações do HIV pela internet e quando eu fiz o curso eu tirei bastante dúvidas na época do meu curso (X²: 166.88 Entrevistado 03, sexo feminino, idade 20 a 30 anos, católico).

Essa classe não remete somente as primeiras lembranças da síndrome, mas as lembranças do primeiro contato com PVHA dentro da comunidade religiosa.

A lembrança mais antiga que tenho do HIV dentro da religião era esse meu amigo, que também era meu vizinho, mas ele sabia que tinha, mas não se cuidava ele era pai-de-santo e ainda fez questão de contaminar outros num ato de revolta (X²: 154.45 Entrevistado 25, sexo feminino, idade 51 a 60 anos, candomblecista).

No Direito Penal, para criminalizar uma conduta, deve-se analisar o dolo, e não se pode afirmar com clareza se um agente tem o intuito de matar visando a transmissão do HIV. Conforme entendimento recente do Supremo Tribunal Federal a transmissão ciente do vírus HIV, gerador da Aids, conforma lesão corporal grave, delito previsto no artigo 129, parágrafo 2, do Código Penal (CP), em caso de não haver contágio, se houver contágio o crime é mais grave, de acordo com as circunstâncias pode ser homicídio consumado ou tentado, lesão corporal de natureza grave. Se a transmissão for de forma culposa onde o agente não sabe que tem AIDS, responde por lesão corporal culposa ou homicídio culposo, de acordo com a situação (BUDEMBERG FILHO, 2020).

Em março de 2019, o STJ reconheceu a responsabilidade civil de uma pessoa que transmitiu o vírus HIV a sua parceira, no âmbito de uma relação conjugal. O caso ocorreu em

Minas Gerais, onde uma mulher ajuizou uma ação de indenização contra o ex-companheiro, o qual ela manteve união estável por 15 anos, tendo, inclusive, três filhos, e foi infectada pelo HIV no período de tal relacionamento. O ex-companheiro tinha consciência de viver com o vírus agindo, assim, com imprudência perante a sua companheira, à época, assumindo o risco com o seu comportamento. O Tribunal concluiu que ficou evidente a violação ao direito da personalidade da vítima, tendo em vista que a honra, a intimidade e a integridade moral e física dela foram lesadas. Por esse motivo, foi cabível reparação pelos danos morais sofridos, tendo o ex-companheiro, que pagar uma indenização a autora (ANDRADE *et al.*, 2021).

O preconceito também aparece nas falas dos entrevistados que levantam a hipótese de preconceito dentro da comunidade religiosa, por outros membros, associam o HIV a tabu.

Mas ele vai bater de frente com a pessoa que, que tem preconceito com ele. Na minha igreja o pastor já falou na época que surgiu foi em 1980 que apareceu isso aí (X²: 127.53 Entrevistado 08, sexo feminino, idade 61 a 70 anos, católico).

Mas lembrança agora uma palestra que eu tenho assistido na igreja não para algumas pessoas é bastante tabu, é preconceito eu acho que as pessoas são muito preconceituosas ainda, não é essa questão do meu aluno mesmo (X²: 137.65 Entrevistado 1, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, católico).

Ele seria mais aberto para trazer, mas ele encontraria várias pessoas mais antigas da igreja, mas ele com certeza seria mais aberto para acolher essas pessoa com HIV, ele é mais novo, assim os padres que eu tenho é mais conhecimento assim mais acesso (X²: 141.63 Entrevistado 01, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, católico).

Os entrevistados acreditam que o seu líder religioso poderia levantar a questão do HIV dentro da Igreja, porém encontraria pessoas de mais idade que iriam se opor a essa abordagem. A maioria das PVHA no Brasil passou por alguma situação de discriminação ao longo de seu diagnóstico. Um estudo realizado com 1.784 pessoas, em sete capitais brasileiras, entre abril e agosto de 2019, apontou que 64,1% das pessoas entrevistadas sofreram alguma forma de estigma ou discriminação pelo fato de viverem com HIV ou com Aids. Comentários discriminatórios ou especulativos já afetaram 46,3% delas, enquanto 41% do grupo diz ter sido alvo de comentários feitos por membros da própria família. O levantamento também evidencia que muitas destas pessoas já passaram por outras situações de discriminação, incluindo assédio verbal (25,3%), perda de fonte de renda ou emprego (19,6%) e, até mesmo, agressões físicas (6,0%). Esses dados fazem parte do Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS – Brasil (UNAIDS, 2019).

A questão de castigo divino também foi abordada pelos participantes o que configura mais uma ancoragem do início da pandemia, mas que está recente na memória social do grupo

Câncer gay se fosse assim as mulheres não pegariam não é sexualmente transmissível também, eu já li engraçado, assim até agora estou aqui lembrando eu vi o relato de uma página no instagram, que fala de histórias de pessoas de uma moça que ela pega com o namorado (X²: 125.79 Entrevistado 1, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, católico).

Então eu não tenho uma lembrança assim certa de alguém e aí me remeteu até agora falar desse castigo porque eu falo assim gente se fosse um castigo de Deus porque crianças então seriam castigadas (X²: 143.25 Entrevistado 01, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, católico).

Essa diferenciação de vítimas inocentes, que seriam crianças, mulheres casadas e hemofílicos e vítimas culpadas, só reforçaram o estigma do HIV no início da pandemia e a segregação de grupos. De acordo com Sontag (1989), a divisão entre vítimas inocentes e vítimas culpadas aconteceu porque a sociedade precisa identificar uma determinada doença como o próprio mal, uma doença que torne culpadas as suas ‘vítimas’. Surgindo as metáforas militares no campo da saúde, caracterizando o agente causador como oponente, inimigo, invasor e os doentes são caracterizados como vítimas culpadas.

A metáfora da Aids como peste segundo Sontag (1989) trouxe uma ideia de condenação da sociedade como resultado de um castigo divino. No percurso histórico da sociedade as pestes se espalharam pelo mundo e são associadas a uma condenação devido a sua fraqueza moral, e os infectados são considerados pecadores e merecedores de exílio e de castigos.

A associação do HIV com outras doenças terminais como o câncer também surge nas lembranças dos entrevistados.

De espiritualidade e de doença também porque a minha avó foi diagnosticada quando eu nasci e falaram que ela não tinha muito tempo de vida e a minha vó com câncer terminal com os médicos dando um ano para ela, ela aguentou dez (X²: 121.74, entrevistado 19, sexo feminino, idade 20 a 30 anos, umbandista).

Essa associação também foi abordada por Sontag (1989). Em seus livros, a autora afirma que as duas enfermidades possuem metáforas em comum, o câncer foi a doença que melhor servia à necessidade de nossa sociedade de culpar, punir e censurar através do imaginário da doença. O câncer é visto não como resultado de uma ação, mas da negligência, já o HIV possui uma questão moral associada, vista como uma condenação divina a sociedade que não vive conforme os mandamentos de Deus.

Os elementos presentes na classe 2 estão associados à memória do HIV, ao passado, às lembranças e recordações pessoais que cada indivíduo tem do HIV, sejam elas vivenciadas no início da pandemia ou apenas contadas por pessoas mais velhas. Essas lembranças

caracterizadas pela objetivação da pessoa do cazuza e sua imagem, antes e depois da síndrome permanece ainda vívida, bem como a ancoragem de HIV como castigo divino ou câncer gay associado à uma concepção arcaica de grupo de risco. Formam a representação que emergiu nessa classe fundamentando a concepção de estigma que o HIV mantém até os dias atuais.

6.3 Classe 3: A normalidade do cotidiano após o diagnóstico segundo as comunidades religiosas

A classe 3 apresenta elementos práticos associados principalmente a vida cotidiana de PVHA. Essa classe foi responsável por 28% das UCEs e os principais elementos foram: ver ($x^2 = 49.96$), trabalhar ($x^2 = 41.09$), normal ($x^2 = 37.23$), vírus ($x^2 = 25.47$), contar ($x^2 = 24.63$), tratar ($x^2 = 20.58$), debilitado ($x^2 = 17.99$), diferença ($x^2 = 16.68$), maneira ($x^2 = 16.48$), descobrir ($x^2 = 15.68$), covid ($x^2 = 15.62$), ficar ($x^2 = 14.08$), medicina ($x^2 = 13.53$), emocional ($x^2 = 13.53$), início ($x^2 = 13.29$), resultado ($x^2 = 12.9$) e turma ($x^2 = 12.9$). Essa classe mostra um retorno à normalidade da vida diária. Se antes a PVHA era vista como um corpo abatido, magro e com feridas, depois da TARV se tornou um corpo saudável e normal.

Essa normalidade é atribuída à introdução da TARV dentro do cenário da pandemia, visto que houve não só uma melhora na qualidade e perspectiva de vida das PVHA, levando o HIV a um patamar doença crônica, ao contrário de uma doença fatal como descrita nas últimas 4 décadas.

Hoje imagino uma pessoa com HIV no antes e depois, porque antigamente a gente via essa pessoa muito debilitada e hoje em dia eu vejo uma pessoa normal, eu consigo ver uma pessoa normal no tratamento tendo uma vida e trabalhando com saúde (X^2 : 158.94 Entrevistado 18, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, umbandista).

A imagem que tenho do HIV é de pessoas normais porque a partir de uma certa data começou até o uso do coquetel e o pessoal começou a ficar melhor então não cheguei a ver o pessoal morrendo da doença (X^2 : 141.37, entrevistado 03, sexo feminino, idade 20 a 30, católico).

Os primeiros casos de HIV ocorreram em 1981, porém somente em 1987 após diversas pesquisas foi desenvolvido o primeiro antirretroviral chamado azidotimidina (AZT; agora denominado zidovudina), um inibidor da transcriptase reversa viral, esse avanço da ciência foi um evento marcante pois proporcionou uma melhora na saúde das pessoas com HIV. Em 1990, inicia-se o tratamento com terapia combinada que resultou numa melhor supressão do vírus. O avanço marcante seguinte, foi a combinação de terapia antirretroviral (TARV) altamente eficaz com esquemas de tratamento com três medicamentos, incluindo os

recentemente desenvolvidos inibidores de protease ou inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa, que suprimiram de forma duradoura o nível de vírus abaixo do limite de detecção por ensaios sensíveis (FAUCI; LANE, 2020).

Com o advento da TARV combinada altamente eficaz em 1996, os esforços para combater o HIV tanto no nível individual quanto na população entraram em uma nova era. A TARV levou a melhorias dramáticas na saúde de pacientes individuais com doença já avançada e à prevenção da progressão da doença naqueles sem manifestações clínicas óbvias da doença pelo HIV, fornecendo não só uma expectativa de vida quase normal para a maioria das pessoas com HIV que aderiram aos seus regimes de tratamento, mas também eliminou o risco de transmissão do vírus a um parceiro sexual não infectado. O tratamento de pessoas vivendo com HIV se tornou altamente eficaz para prevenir a propagação do vírus (FAUCI; LANE, 2020; COHYEN, 2011).

A introdução da TARV combinada com as políticas públicas de acesso à saúde permitiu uma mudança no perfil da infecção pelo HIV que antes era tida com uma doença fatal, hoje é vista como uma doença crônica que pode ser controlada e permite que pessoas convivam com seu diagnóstico com qualidade de vida e atividades laborativas do cotidiano.

O pensamento do grupo nessa classe foi exatamente esse, a TARV trazendo normalidade para as atividades diárias, a tal ponto que a imagem da pessoa abatida e doente é suprimida pela visão de uma pessoa saudável.

Antigamente quando eu pensava numa pessoa com HIV, pensava de alguém com a pele de cor diferente, magra, hoje em dia não você vê assim, para mim ela é uma pessoa normal, não consigo visualizar assim eu não faço diferença da pessoa por ela ter doenças de um modo geral (X²: 135.26, entrevistado 16, sexo feminino, idade 51-60 anos, umbandista).

Hoje eu vejo uma pessoa com o vírus da aids, eu vejo como uma pessoa normal a aparência dela também normal. Eu conheço pessoas que tem o vírus positivo e você olha é marombado, é forte (X²: 131.55, entrevistado 22, sexo masculino, idade 51-60 anos, candomblecista).

Uma imagem bem, de uma pessoa bem doente, debilitada, mas agora eu vendo os avanços na doença, vendo os avanços medicinais eu vejo como uma pessoa comum, inclusive eu estudo com duas pessoas, 2 homens que tem HIV que possui o vírus (X²: 116.94, entrevistado 12, sexo feminino, idade 20- 30 anos, candomblecista).

Entretanto, apesar da concordância nessas falas, há também uma preocupação de certos cuidados como alimentação para se manter nesse *status quo* de normalidade.

Acredito que uma das maneiras mais eficazes de você se proteger do vírus, uma pessoa com HIV é normal, como qualquer outra, que precisa de cuidados especiais

precisa de uma alimentação (X²: 90.40, entrevistado 23, sexo masculino, idade 20-30 anos, candomblecista).

Precisa de uma alimentação melhor, devido a toda a questão da imunidade, precisa tomar os seus medicamentos nos horários, seguir aquela linha para poder prolongar a vida, mas é uma pessoa normal como qualquer outra (X²: 83.42, entrevistado 23, sexo masculino, idade 20-30 anos, candomblecista).

O HIV/Aids está associado à insegurança alimentar e ao estado nutricional, tendo em vista o risco à redução da adesão e da resposta à terapia antirretroviral, reduzindo as células de diferenciação (CD4) e aumentando a carga viral, somados com as infecções oportunistas, acentuando os impactos socioeconômicos na vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), levando a uma aceleração da progressão da doença e diminuindo os índices de sobrevivência individual (COSTA *et al.*, 2017).

Além disso, as PVHA com acesso à TARV ainda podem apresentar diversos efeitos adversos, tais como, dislipidemias, hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes, alterações na composição corporal (lipodistrofias) e conseqüentemente aumento do risco de doenças cardiometabólicas. Aqueles que não fazem uso da TARV podem sofrer de outras alterações como deficiência imunológica, doenças oportunistas, síndrome de emaciação, corroborando para a desnutrição. Podendo ou não ser influenciadas por condições socioeconômicas e de segurança alimentar (SILVEIRA; FALCO, 2020).

A segurança alimentar e nutricional consiste no direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, que visa garantir o direito humano à alimentação e abrange: acesso aos alimentos, sustentabilidade, promoção da saúde, qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos; diversidade cultural; acesso à informação e implementação de políticas públicas (BRASIL, 2006).

A questão emocional também emergiu nessa classe como parte de um cuidado que as PVHA devem ter juntamente com a TARV.

Vai fazer uma terapia, vai rever seus conceitos, suas mudanças a sua tendência a ficar irritado, a ficar ofendido, trabalhar o emocional então eu vejo dessa maneira (X²: 146.51, entrevistado 12, sexo masculino, idade 51-60 anos, kardecista).

Eu preciso ter uma atitude diferente para ter um resultado diferente, eu vejo dessa maneira. Eu acredito que a pessoa é o que a gente fala, a pessoa que fica assintomática não detectável e não transmissível usando a medicação (X²: 109.98, entrevistado 12, sexo masculino, idade 51-60 anos, kardecista).

Gomes *et al.* (2019), em seu estudo com 19 pessoas com HIV em uso de TARV, analisaram como os sujeitos ressignificam o cotidiano buscando a normalidade da vida através da medicação, do trabalho e religiosidade se adaptando à condição de viver com HIV. Os autores destacam que a depressão e perda da vontade de viver podem acontecer no momento imediato do diagnóstico, conforme o passar do tempo inicia-se um processo de reconstrução e ressignificação da vida, e foi observado que ocorre com a ancoragem no trabalho e na E/R e a rede social de apoio (amigos e familiares) também colaboram no refazimento das atividades diárias.

A normalidade perpassa tanto no âmbito físico e individual quanto no âmbito social dentro das comunidades religiosas não se fazendo distinção a pessoa que vive com HIV e qualquer outro membro do grupo.

Normal, tratado igual, sem acepção e é isso. Meu líder religioso vê o HIV como um vírus, como um vírus que ele já existe há décadas do passado, e tem que se cuidar, aquele que é portador (X²: 128.71, entrevistado 23, sexo masculino, idade 20- 30 anos, candomblecista).

A minha comunidade religiosa lida com a pessoa portadora do HIV normal, pessoa normal, não tem distinção nenhuma e o líder religioso também não, a minha religião vê que nada é por acaso (X²: 95.32, entrevistado 15, sexo feminino, idade 61- 70 anos, kardecista).

Acho que a minha religião vê a aids não sei explicar, eu vejo como uma doença que se as pessoas se cuidarem não pega, então ela não é tão contagiosa como a covid que mesma pessoa se cuidando pega (X²: 79.73, entrevistado 5, sexo feminino, idade 61- 70 anos, católico).

É possível perceber que algumas falas dessa classe estão dentro do conceito multidimensional de qualidade de vida (QV), que só foi possível depois do advento da TARV, sendo um grande divisor de qualidade e expectativa de vida, claro que ainda está aquém do desejado mais está no caminho para uma melhor qualidade de vida de PVHA e através de mais pesquisas será possível a implementação de políticas públicas direcionadas a necessidade desse grupo.

Marques *et al.* (2020) destacaram que para discutir a QV de forma ampliada, é necessário compreendê-la como um processo dinâmico e mutável, que inclui as interações contínuas entre o indivíduo e o ambiente, portanto, as condições socioeconômicas, demográficas, culturais, psicológicas e espirituais, constituem-se fatores intrínsecos na avaliação da QV.

Essa classe também apresentou associação com a origem do HIV, essa associação é um processo de ancoragem acontece em relação ao passado com os dias atuais, em que o HIV era associado a um sofrimento físico e atualmente visto como uma doença normal.

Nem imagino como ele surgiu no mundo, deve ter sido uma mutação. Hoje em dia com o tratamento você imagina uma pessoa com HIV normal saudável, que vive a vida normalmente, trabalha, estuda e tem sua família (X²: 99.39, entrevistado 9, sexo masculino, idade 31- 40 anos, evangélico).

Mas acredito que o surgimento tenha sido pela via sanguínea, quero acreditar nisso que durante algum estudo algum experimento. Eu vejo uma pessoa com HIV normal um pouco assim mais magra, mas o meu pai mesmo ele tem ciclos (X²: 96.56, entrevistado 3, sexo feminino, idade 20- 30 anos, católico).

Mas a gente não sabe como é que apareceu, nem como é que aconteceu. Porque eu nunca tinha visto esses troços dessas coisas esquisitas, a pessoa com o vírus da aids que eu sei que tem é meu sobrinho (X²: 81.45, entrevistado 6, sexo feminino, idade 81- 90 anos, evangélico).

O processo de ancoragem é um dos processos que formam a representação social e consiste na integração cognitiva do objeto a um sistema de pensamento social pré-existente. Segundo Moscovici ancorar é classificar e denominar, ele designa a transformação do não familiar em familiar e as formas através se tornam socialmente aceitáveis (MOSCOVICI, 1987; SÁ, 2015; ORDAZ; VALA, 2000).

A classe 2 é marcada por esse processo de ancoragem quando há uma mutação de algo velho para algo novo. A ancoragem fornece aqui um processo inteligível do HIV, onde agora ele não é visto mais com a memória do início da pandemia, mas sim como uma síndrome que possui um tratamento próprio, e que os portadores levam uma vida normal e principalmente com aparência saudável sem o estigma da magreza e da fragilidade que marcou a geração de 1980.

6.4 Classe 4: A importância da prevenção no combate ao HIV em consonância aos grupos religiosos

Os principais cognemas que emergiram nessa classe foram camisa (x² = 269.23), usar (x² = 184.87), sexual (x² = 140.39), proteger (x² = 120.73), transmissão (x² = 85.59), comum (x² = 77.64), sexo (x² = 72.39), sangue (x² = 59.15), preservativo (x² = 54.71), transfusão (x² = 54.71), transar (x² = 48.57), droga (x² = 47.49), pegar (x² = 43.50), seringa (x² = 42.45), contaminação (x² = 42.45), evitar (x² = 41.45) e compartilhar (x² = 41.45). Os elementos dessa classe remetem as formas de transmissão e prevenção do HIV.

Não estou falando que é ou que já deixei de lado, claro que não, mas não tenho relacionamento com ninguém, se proteger em toda relação sexual deve usar a camisinha (X^2 : 757.66, entrevistado 10, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, evangélico).

Eu acho que o meio de contaminação mais comum hoje em dia são aqueles viciados que compartilha aquelas seringas, aquelas agulhas porque eu acho que a pessoa quando vai ter relações com uma pessoa aidética ela vai se prevenir e mesmo ela não sabendo ela tem que usar camisinha (X^2 : 720.36, entrevistado 05, sexo feminino, idade 61 a 70 anos, católico).

Podemos nos proteger basicamente usando a camisinha é o primeiro foco todo da transmissão da doença é sexualmente transmissível, mas também tem aquela questão de drogas injetáveis, mas como eu não me drogo então está tudo certo (X^2 : 719.49, entrevistado 03, sexo feminino, idade 21 a 30 anos, católico).

Criado inicialmente como um método contraceptivo de barreira a camisinha, *condom* ou camisa de vênus, se destacou após o surgimento do HIV como método mais eficaz para proteção e diminuição da propagação da epidemia. Por ser o primeiro e mais difundido, ele permanece na memória dos entrevistados, porém o conceito dos grupos de risco que foi vinculado no início da epidemia permanece na fala dos entrevistados como viciados em drogas e o termo “aidético” que já foi condenado e abolido pelo seu caráter estigmatizante.

Atualmente, a UNAIDS e o Ministério da Saúde realizam a estratégia de prevenção combinada, que consiste no uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção, aplicadas em diversos níveis com o objetivo de atender as necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão do HIV, com três tipos de intervenções: biomédicas, estruturais e comportamentais (BRASIL, 2021; UNIAIDS, 2023).

As intervenções biomédicas podem ser divididas em clássicas e intervenções biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais. No primeiro grupo, tem-se a distribuição de preservativos masculinos e femininos e de gel lubrificante já realizada gratuitamente nos centros de saúde, escolas, hospitais e eventos que mobilizam grandes massas como carnavais, réveillon, shows etc. Os exemplos do segundo grupo incluem o Tratamento para Todas as Pessoas (TTP), a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (BRASIL, 2021; UNIAIDS, 2023).

A PEP inserida no programa de prevenção de HIV/Aids do MS desde 1999, e sua indicação vai além daquelas situações em que a PEP é classicamente recomendada, como violência sexual e acidente ocupacional, como também o uso dessa intervenção para exposições sexuais consentidas que representem risco de infecção. De forma a viabilizar a ampliação do acesso à PEP na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o COFEN emitiu o Parecer nº 12/2020/CTAS/COFEN, que trata da prescrição de PEP realizada por profissionais

enfermeiros, respaldando assim essa ação fundamental para apoiar a organização dos processos de trabalho nos territórios, partindo da lógica do cuidado integral e multidisciplinar (BRASIL, 2021).

Já a profilaxia da PrEP (PrEP, do inglês Pre-Exposure Prophylaxis) iniciou em 2017 no Brasil, sendo ofertada pela rede de saúde pública Sistema Único de Saúde (SUS) priorizando as populações-chave como profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, casais sorodiscordantes e a população LGBT (BRASIL, 2018).

Segundo orientação do próprio MS o simples pertencimento a um desses grupos não é suficiente para caracterizar indivíduos com exposição frequente ao HIV. Para tanto é necessário observar as práticas sexuais, as parcerias sexuais e os contextos específicos associados a um maior risco de infecção, outros indicativos, tais como: repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo, frequência de relações sexuais com parcerias eventuais, quantidade e diversidade de parcerias sexuais, histórico de episódios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), busca repetida por Profilaxia Pós-Exposição (PEP), contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia etc. (BRASIL, 2018).

As intervenções comportamentais são ações que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco de exposição ao HIV e sua redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento da pessoa e da comunidade ou grupo social em que ela está inserida. Exemplos como incentivo ao uso de preservativos masculinos e femininos, aconselhamento sobre HIV/Aids e outras IST, incentivo à testagem, adesão às intervenções biomédicas, vinculação e retenção nos serviços de saúde, redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas e estratégias de comunicação e educação entre pares.

As intervenções estruturais são ações voltadas aos fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos ao HIV, envolvendo preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana, ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, LGBTfobia e demais preconceitos, promoção e defesa dos direitos humanos, campanhas educativas e de conscientização, são alguns exemplos (BRASIL, 2018; 2021; UNIAIDS, 2023).

Essas campanhas do MS têm como objetivo não só diminuir a ocorrência de novos casos, como também mudar uma cultura e conscientizar a população acerca dos meios de transmissão e dissociá-los com a concepção de grupo de risco.

Não foi só a associação da forma de transmissão sexual do HIV que foi abordada pelo grupo, a transmissão pela via sanguínea através de transfusão também foi lembrada.

Hoje em dia não dá para saber quem tem, quem não tem, só com uma enfermidade. Mas é uma doença, uma doença que para se proteger tem que usar camisinha e o outro risco é a transfusão de sangue (X²: 718.15, entrevistado 11, sexo masculino, idade 41 a 50 anos, kardecista).

Então eu vou buscar dentro dessa área, sei como posso me prevenir os cuidados eu sei com certeza uma transfusão de sangue, usar o preservativo, usar a camisinha, esses cuidados básicos a gente vai ter (X²: 673.06, entrevistado 12, sexo masculino, idade 51 a 60 anos, kardecista).

A portaria nº 158 de 04 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016) regulamenta a atividade hemoterápica do país de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue Componentes e derivados, destaca -se nessa portaria as seguintes orientações com o objetivo de rastrear possíveis contaminações pelo HIV:

- No dia da doação o profissional de saúde de nível superior, qualificado, capacitado, conhecedor das regras previstas nesta Portaria e sob supervisão médica, avaliará os antecedentes e o estado atual do candidato a doador para determinar se a coleta pode ser realizada sem causar prejuízo ao doador e se a transfusão dos componentes sanguíneos preparados a partir dessa doação pode vir a causar risco para os receptores.
- Todos os doadores serão questionados sobre situações ou comportamentos que levem a risco acrescido para infecções sexualmente transmissíveis, devendo ser excluídos da seleção quem os apresentar.
- Realização de testes sorológicos, a implantação do teste de biologia molecular, chamado de Teste do Ácido Nucléico (NAT) garantindo a segurança transfusional, na triagem sorológica dos vírus HIV 1 e 2, sendo realizados dois testes simultâneos de detecção: detecção de anticorpo contra o HIV ou detecção combinada do anticorpo contra o HIV + antígeno p24 do HIV; e detecção de ácido nucleico (NAT) do HIV (por técnica de biologia molecular) (BRASIL, 2016 e ARRUDA *et al*, 2022).

Os testes sorológicos não só permitiram diminuir a probabilidade da infecção pelo HIV até mesmo quando o doador se encontra na janela imunológica, como permitiu um

diagnóstico precoce em doadores que desconhecem sua condição sorológica tanto para o vírus da imunodeficiência humana quanto das hepatites virais.

Como visto anteriormente, o preservativo surgiu como principal meio de prevenção do HIV e o contágio sexual é apontado pelos entrevistados como o meio de transmissão mais comum independente da orientação sexual como vemos nos relatos adiante.

De usar lá o preservativo, de dividir, independente de opção sexual ou qualquer coisa nesse sentido é ter os cuidados, como talvez naquela época das pessoas homossexuais talvez não tivessem tanto cuidado, assim o que que aconteceu (X^2 : 464.60, entrevistado 12, sexo masculino, idade 51 a 60 anos, kardecista).

Mas eu acredito que está associado também a sexual, tipo não acho que é mais comum entre homossexuais, entre bissexuais ou entre heterossexuais porque eu acho que todos os seres humanos que fazem sexo independente com quem ou como (X^2 : 382.41, entrevistado 18, sexo feminino, idade 41 a 50 anos, umbandista).

Vive normal, para se proteger é usando camisinha. Eu acho que não é uma doença propriamente de gay, mas muitos casais a mulher têm por que o marido leva para dentro casa e a mulher não sabe (X^2 : 611.53, entrevistado 7, sexo feminino, idade 71 a 80 anos, evangélico).

Desde 2013, o total de casos de HIV/Aids notificados tem diminuído sendo que em 2020, ano do início da pandemia da Covid-19 no Brasil, as notificações caíram 68,2%, em comparação ao ano de 2019, com apenas 11.880 casos notificados. De 1993 a 2020, a transmissão por relação heterossexual foi a forma de transmissão mais frequente. Até 2001, a segunda forma de transmissão mais frequente foi o uso de drogas injetáveis, passando depois para a relações homossexuais o segundo motivo mais frequente da forma de transmissão. De 1980 a 2020, relações bissexuais é a terceira notificação mais frequente (ZANCAN *et al.*, 2022).

Segundo Knauth *et al.* (2020) os homens heterossexuais ficaram subsumidos na categoria de “população geral” nas análises de vigilância epidemiológica, não recebendo destaque em políticas ou ações de prevenção. Práticas como a multiparceria sexual, o consumo de drogas ilícitas e o consumo de bebidas alcoólicas, que podem contribuir para a vulnerabilidade ao HIV, acabam sendo naturalizadas e não associadas a uma maior vulnerabilidade ao HIV. Sendo um indicador dessa naturalização é a escassez de estudos sobre Aids com homens que se identificam como heterossexuais quando comparados aos HSH, profissionais do sexo e usuários de drogas.

É possível inferir que a fala dos entrevistados está de acordo com a literatura acerca da forma de transmissão e em relação grupo é plausível adotar a definição de comportamento de

risco ou população vulnerável como determina o MS visto que não se trata de um grupo social específico, mas sim de comportamentos e vulnerabilidades sociais como baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo e questões relacionadas a violência que determinam o indivíduo estar mais suscetível ao HIV.

A falta de informação apontada também pelos entrevistados pode ser atribuída a baixa escolaridade, falta de acesso a serviços de saúde além falta de campanhas dirigidas aos público-alvo.

A verdade eu não sei o que as pessoas pensam não eu penso assim que é falta de informação e falta de cuidado de não usar camisinha e é também pelo uso das drogas usar a seringa compartilhada (X^2 : 612.04, entrevistado 7, sexo feminino, idade 71 a 80 anos, evangélico).

Quando quero saber informações sobre o hiv eu procuro no google ele responde tudo sei que posso adquirir senão me cuidar não usar camisinha compartilhar agulhas seringas essas coisas não tenho noção como a aids surgiu no mundo (X^2 : 570.58, entrevistado 5, sexo feminino, idade 61 a 70 anos, católico).

Alguns pegam pelas drogas outros porque começam a namorar e não sabe que a parceira tem aí não se previne não usa camisinha aí pega, acho que é dos dois jeitos, mas eu acho que é mais por falta de informação às vezes o marido nem sabe que tem (X^2 : 649.92, entrevistado 7, sexo feminino, idade 71 a 80 anos, evangélico).

Em um estudo com 200 jovens com idade entre 18 e 30 anos, quando questionados sobre o diagnóstico 56% dos entrevistados não sabem quando devem procurar suporte médico para isso, enquanto 15% afirmaram que a procura por esse suporte deve ocorrer apenas quando surgirem os sintomas da infecção. Esses dados mostram que a testagem periódica deve ter um estímulo maior por parte do MS, além de mudanças de comportamentos de risco e a utilização de plataformas com base na internet podem ser uma grande ferramenta para prevenção (COSTA; SOARES; DOMINGOS, 2020).

Essa classe apresentou uma hegemonia nas falas relacionadas ao cuidado, prevenção e camisinha, porém não apresentou menção a outros métodos de prevenção combinada como preconizado pelo MS. O grupo apresentou conhecimento simplório da necessidade de usar camisinha, porém muito superficial relacionado a outros métodos e comportamentos de risco, pode-se atribuir tanto por uma falta de conhecimento quanto uma falha nas campanhas envolvendo HIV. As comunidades religiosas devem ser usadas como palco de campanha para prevenção, detecção e tratamentos precoce do HIV combatendo também a estigmatização de PVHA, respeitando os dogmas religiosos de cada segmento.

7 ALGUNS APONTAMENTOS TEÓRICOS ACERCA DOS RESULTADOS APRESENTADOS

Os dados apontaram uma mudança no pensamento do grupo em geral que merece destaque pela evolução de um pensamento do senso comum impregnado de pré-julgamentos apoiados numa doutrina religiosa no início da pandemia da aids para uma representação com elementos mais reificados atualmente. A concepção do HIV/Aids como um castigo divino que foi amplamente veiculado no início da epidemia passa a ser mencionado pelos participantes da pesquisa como uma consequência do comportamento humano, fato observado nas entrevistas e na análise prototípica.

No quadro de quatro casas com o termo indutor HIV/Aids há a presença de elementos pragmáticos relacionados ao HIV/Aids no núcleo central (doença, morte, preconceito e medo), a presença de elementos afetivos na primeira periferia, como tristeza e sofrimento, e elementos reificados como camisinha, remédios e medicação na segunda periferia. Para Moscovici (2015), as representações sociais são sempre complexas e inscritas dentro de um referencial de pensamentos pré-existentes ancoradas por um sistema de crenças, valores e tradições e cada novo fenômeno pode ser reincorporado dentro de modelos explicativos e justificados que são familiares e conseqüentemente aceitáveis.

A mídia e os avanços da ciência contribuem para formação desse universo reificado e, conseqüentemente, uma mudança na representação. A própria narrativa médica deu subsídios durante muito tempo à intolerância e discriminação. Quando os cinco primeiros homens que foram diagnosticados com pneumonia por *Pneumocystis Carini* em biópsia e todos tiveram infecção prévia por citomegalovírus, o caso foi associado ao fato de serem homossexuais, surge assim a primeira ideia entre pecado e o HIV apoiado pela descoberta da ciência à época. Outro fato que subsidiou as primeiras representações sociais do HIV foi a descoberta de uma doença em símios semelhantes a Aids, detectada após um surto em colônias de primatas mantidas em cativeiro (CAMARGO, 1994; JOFFE, 2013).

Joffe (2013) destaca esse fato da ciência gerar subsídios para as primeiras representações do HIV disseminadas pela mídia da época sendo denominada a nova praga homossexual que desvia a atenção da ameaça colocada pela Aids ao eu e projeta no outro, distanciando assim de sua condição ameaçadora.

A partir do quadro de quatro casas geral e apoiados pelas entrevistas é possível sugerir uma modificação na representação do HIV/Aids saindo de um contexto religioso de punição, pecado e castigo para um discurso apoiado nos avanços da ciência, porém ainda presente elementos como promiscuidade, descuido e estigma na segunda periferia e zona de contraste, associados ainda à memória do HIV e todo contexto religioso relacionado à época dos primeiros diagnósticos.

Essa associação de castigo e HIV na religião evangélica foi abordado por Santo (2016) que analisou as representações sociais de líderes religiosos evangélicos pentecostais acerca do HIV/Aids e sua ancoragem centrada na ideia de pecado, castigo divino e desobediência as leis de Deus. Nos cinco segmentos religiosos estudados a análise prototípica apresentou uma semelhança nos termos, com exceção do cognema morte que apresentou características de centralidade nas religiões espírita e umbanda.

A morte para esses dois segmentos religiosos apresenta, ao menos em alguns contextos, certas semelhanças: para os umbandistas, a vida terrena é uma passagem, um estágio que é preciso vivenciar para a evolução espiritual, possibilita consertar os erros e aprender com eles, ajudar ao próximo através da prática do amor e da caridade e também uma troca, pois quando contribuimos com a evolução do outro, também evoluímos (NOGUEIRA; GUNLANDA, 2023). Para os espíritas, é a possibilidade de evolução através da reencarnação, o espírito morre inúmeras vezes e reencarna a fim de purificar-se e ascender (PAULA, 2019).

Gomes *et al* (2019) em um estudo sobre as representações sociais da morte para pessoas com HIV concluíram que, ainda que a morte contenha uma representação organizada ao redor de elementos negativos, as estratégias políticas e governamentais, além das medidas de prevenção e tratamento no controle da doença, têm resultado em construções representacionais ligadas ao sentido da vida, do viver e do morrer como processo natural.

Em um estudo de representações sociais acerca da doença para os espíritas demonstrou que o adoecimento se relaciona a desequilíbrio espiritual, por isso a necessidade de abandonar hábitos perniciosos e praticar ensinamentos religiosos como forma de mantermos a estabilidade orgânica. Para os participantes deste estudo, todas as atitudes, sejam boas ou más, têm um impacto futuro na vida, uma vez que, neste contexto, as enfermidades surgem por um desajuste do homem às leis divinas e, segundo a lei de causa e efeito, toda desarmonia gera uma consequência que obrigatoriamente atingirá o corpo (HAATHERLY *et al.*, 2021).

Apesar da mudança na trajetória da síndrome, a memória do HIV está associada a imagem do artista Cazuzu, ainda presente em seu contexto simbólico, seguido de outros artistas famosos que sucumbiram da doença. Porém, apesar do HIV estar associado à imagem de

um Cazusa doente, como revelaram os discursos dos entrevistados a representação da doença muda de uma entidade fatal para uma de características crônicas que necessita de cuidados através de medicações e alimentação. A representação de PVHA no quadro geral apresenta elementos pragmáticos como doença e tratamento e outros associados a dimensão afetiva, como superação e esperança.

O elemento preconceito surge nesse grupo na primeira periferia, o que pode sugerir uma mudança sutil, visto que, em outros estudos de representação, preconceito esteve presente como central (ANTUNES; CAMARGO; BOUSFIELD, 2015). Em um estudo sobre a representação de PVHA, de Marques *et al* (2021), preconceito também surge na primeira periferia, porém na árvore máxima ele apresenta comportamento de centralidade devido ao número de conexões. Na análise de similitude por coocorrência, é possível também visualizar o termo preconceito próximos dos demais termos que compõe o núcleo central.

Nas entrevistas, o preconceito é reconhecido como existente, porém não dentro da instituição religiosa ou por parte do líder religiosos, porém o estereótipo da pessoa magra e abatida ainda está presente nas falas. Oliveira (2013) também aponta para uma mudança na representação social do HIV em um estudo publicado referente aos anos de 1990, 2000 e 2010 em que se estudou grupo de profissionais de saúde. A análise demonstrou a presença de um processo de mudança representacional em duplo sentido, com mudança do núcleo central no sentido da periferia da representação e a ausência de elementos não mais partilhados pelo grupo social. O segundo, a migração de elementos de contraste para o núcleo central. A autora aponta também a transição de significados negativos para positivos, decorrente provavelmente da possibilidade de convivência com a doença e diminuição da importância da morte.

Essa mudança representacional do HIV/Aids pode ser atribuída a terapia antirretrovirais muito mencionadas também na análise processual. As PVHA passam a ser vistas como “pessoas normais” com o advento da TARV e a morte social, descrita na literatura, deu lugar a uma normalidade cotidiana. Entretanto o preconceito ainda surge na primeira periferia dentro das evocações no quadro geral. Os segmentos religiosos pesquisados apontam o acolhimento como primordial a pessoa que vive com HIV.

As Representações Sociais do HIV estão fortemente associadas à doença e seus desdobramentos. A camisinha é mencionada como método de prevenção independente do segmento religioso, porém surge também a associação do HIV com uso de drogas injetáveis. Alguns entrevistados relataram que a via de transmissão mais comum seria através do compartilhamento de agulhas em usuários de drogas injetáveis. Porém essa informação não está de acordo com o Boletim epidemiológico de HIV/Aids de 2022 que apontou no ano de 2021, as

regiões Sudeste, Norte, Centro-Oeste e Nordeste apresentaram predomínio da categoria de exposição de HSH chegando a maior incidência de 51% por via sexual, enquanto em mulheres a categoria mais prevalente de transmissão em todas as regiões foi a sexual, com percentuais acima de 80% (BRASIL, 2022).

Essa associação entre o outro usuário de drogas e a transmissão do HIV coloca a responsabilidade da epidemia no outro grupo que a pessoa não pertença, como descrito por Joffe (2012), em que o medo do desconhecido faz uma projeção da responsabilidade por sua origem no outro grupo já marginalizado. Além de retirarem sobre si a responsabilidade a culpabilização de um grupo específico, também exime do grupo religioso acerca da prevenção pelo uso de camisinha, que colocaria em pauta não só a prática sexual fora do casamento, como a monogamia e as relações heteronormativas. Tais dogmas ainda presentes em algumas religiões cristãs pesquisadas são motivos de tensões até dentro da própria instituição.

Pautado nos achados representacionais é possível inferir uma mudança na representação tanto do HIV quanto de PVHA, essa mudança também verificada em estudos já citados é atribuída a novos elementos que surgiram ao longo das décadas disseminados também pelas mídias. Ao longo dos séculos o surgimento de patologias letais emerge a representações e metáforas associadas a morte, castigo e punição, foi assim com a gripe espanhola, o câncer, o HIV e mais recentemente com a COVID-19.

A mudança na representação do HIV e PVHA pode ser atribuída a mudança nas práticas, como descreve Sá (2002), em que há uma mudança nos prescritores condicionais levando a uma mudança nos elementos periféricos, como os estudos mencionados por Oliveira (2013). Alguns exemplos, como o descobrimento do agente etiológico do HIV, o advento da TARV, o PREP e as campanhas de conscientização nacionais e internacionais, levaram a uma mudança nas práticas. Considerando que as práticas são agentes de transformação das RS (ROUQUETE 1998) um estudo mais aprofundado acerca das práticas com PVHA e acerca do HIV em si poderiam aprofundar a mudança nessa representação.

Para estudar as práticas com um maior aprofundamento poderiam se utilizar estudos experimentais e observacionais. No estudo de Jodelet (1989b) “Loucuras e Representações Sociais”, a pesquisadora observou uma comunidade chamada Ainay-le-Château que acolhia pacientes com transtornos mentais como uma medida de ressocialização dos mesmos, porém as famílias não tinham e não recebiam orientação sobre saúde mental, durante o estudo Jodelet observou que as famílias possuíam um discurso que não condizia com sua prática, os utensílios dos hóspedes eram separados dos demais membros pois tinham um pensamento comum de que a loucura era contagiosa. Porém a discursividade dos sujeitos eram que todos eram

tratados da mesma forma. O avanço metodológico desse estudo constata que um estudo sobre representações deve se observar o comportamento e discurso, ou seja, praxeodiscursivo (PEIXOTO, 2023)

Para Da Mata (1986) a religião marca e ajuda a fixar momentos importantes na vida de todos, desde nascimentos, batizados, crismas, comunhões, casamentos e funerais – todos os momentos que marcam a trajetória humana ou representa uma passagem na escala da existência social – são marcados pela presença da religião, que legitima com o aval de um ser superior e sobrenatural uma passagem que se deseja necessária; algo que esteja inscrito, não apenas numa convenção inventada pelos homens, mas no próprio projeto divino. Na análise prototípica de HIV/Aids e de PVHA não houve muitos cognemas evocados por segmento religioso que diferem do quadro geral, com exceção do cognema morte e cura. O cognema morte para o termo indutor HIV/Aids evocado para espíritas e umbandistas já foi discutido anteriormente e o cognema cura evocado para PVHA para umbandistas e kardecistas será aprofundado a seguir.

O termo cura surgiu no segundo quadrante em ambas religiões mas ganhou destaque na classe 1: A visão espiritual e religiosa do HIV/Aids e de PVHA para os religiosos de diferentes segmentos, na análise processual. A relação entre a cura física e espiritual mostrou-se um ponto de tensão em todos os segmentos religiosos. De um modo geral a cura física pode ser alcançada através da ciência, porém a fé é primordial para esse alcance, um caminho a ser trilhado pelo fiel.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender as representações sociais de grupos religiosos para o HIV/Aids e PVHA. O objetivo geral do estudo foi analisar as representações sociais do HIV/Aids e PVHA nos diferentes grupos religiosos, para tanto utilizou os 5 grupos religiosos com maior frequência em território brasileiro segundo o IBGE, a saber: católicos, evangélicos, kardecistas, umbandistas e candomblecistas. A fim de alcançarmos o objetivo proposto foi traçado um percurso metodológico composto de duas fases de coleta utilizadas duas técnicas distintas: a evocação livre (TALP) e as entrevistas semiestruturadas, com o conteúdo do material foi realizado dois tipos de análise com base na teoria das representações sociais, a análise prototípica e a análise processual.

Para a análise prototípica foi utilizado dois termos indutores: HIV/Aids e PVHA, com intuito de reconhecer a representação social do grupo e os possíveis elementos centrais com a construção do quadro de quatro casas e a análise de similitude. A análise prototípica também foi realizada por segmento religioso, no quadro geral emergiram os cognemas doença, morte, preconceito e vírus relacionados ao termo indutor HIV/Aids. No quadro de quatro de quatro casas para o termo indutor PVHA foram evocados os léxicos tratamento, normal, luta e doente.

Analisando os cognemas do provável núcleo central, o HIV/Aids possui uma representação que contém aspectos definidores dessa condição de saúde, que para estes religiosos têm um sinônimo de doença. Por ser tratar de um estudo de representações sociais, a representação do HIV/Aids também é atravessada pelo conhecimento reificado através da palavra vírus. Dentro da análise prototípica do HIV/Aids é possível inferir que o cognema doença morte é associado ao processo de uma doença crônica sem cura ainda definida, enquanto o preconceito pode estar associado tanto à memória do HIV/Aids como a dimensão psicossocial advinda de portar essa condição de saúde.

Contudo a representação de PVHA apresenta aspectos relacionados a elementos biomédicos que concedem um sentido de resiliência no contexto de ser portador do HIV. A presença dos elementos biomédicos pode ser atribuída o surgimento da TARV e a divulgação de novos achados científicos relacionados a síndrome que foram vinculados pela mídia. O cognema preconceito surgiu na primeira periferia com uma alta frequência, porém não prontamente evocado, e comparando com outras pesquisas de representações é possível constatar que preconceito é um termo “flutuante” que ora surge com aspecto central ora surge como

periférico. Na árvore de similitude de PVHA o termo preconceito também apresenta comportamento central nessa pesquisa.

As entrevistas realizadas na segunda tiveram uma análise lexical através de 4 classes a saber: Classe 01 – A visão espiritual e religiosa do HIV/Aids e de PVHA para religiosos de diferentes segmentos; classe 02 – A memória do HIV/Aids e da pessoa que vive com o vírus e suas representações sociais para o grupo religioso; classe 03 – A normalidade do cotidiano após o diagnóstico segundo as comunidades religiosas e classe 04 – A importância da prevenção no combate ao HIV em consonância com os grupos religiosos.

Foi também utilizado para essa pesquisa um questionário sociodemográfico dos participantes a fim de traçar o perfil dos mesmos e o índice de religiosidade organizacional e intrínseca aprofundando um pouco mais a espiritualidade e religiosidade dos participantes.

Ao abordarmos o HIV/Aids e PVHA foi possível perceber uma linha de corte com o surgimento da TARV que apesar de não configurar como cura, o tratamento proporcionou não só uma maior sobrevivência, como o retorno gradual às atividades diárias não possuindo mais o mesmo impacto do diagnóstico. Correlacionando o mesmo estudo com outros já realizados sobre HIV/Aids e PVHA foi possível sugerir uma mudança na representação, evidente na análise prototípica e processual que antes vinha vinculada a dogmas religiosos e comportamentais, e agora está associada ao binômio saúde-doença, à qualidade de vida e seus desdobramentos com o surgimento da TARV.

A morte foi um termo evocado como possível núcleo central nas religiões espírita e umbandista. Esse fato pode ser atribuído pela cosmologia dessas religiões associadas ao processo de morte e pós-morte. Estudar religiosidade dentro da enfermagem se tornou um desafio tanto pela vastidão de desdobramentos quanto para associá-los dentro de um contexto da enfermagem.

A abordagem processual mostra-se marcada pela memória do HIV, em especial pela imagem do Cazuza muito mencionado nas entrevistas devido ao seu diagnóstico precoce e extremamente explorado pela mídia da década de 80. A introdução da TARV no cenário brasileiro além de uma conquista se tornou um marco para essa mudança de pensamento. A importância da crença, da fé e da espiritualidade também emergiu à medida que os participantes declararam a importância do acolhimento da PVHA, inclusive pelo líder religioso. A ideia de HIV/Aids como um castigo para a humanidade e para o homem foi substituída por uma consequência dos seus atos.

Um ponto de tensão observado foi relacionado à cura pela ciência e à cura pela fé, verbalizado na entrevista, porém majoritariamente a afirmação é que a cura pode existir através da ciência, pois a ideia de um Deus que permitiria sabedoria ao homem frente as técnicas e tecnologias o desenvolver uma cura para síndrome. Outro ponto abordado relacionado à cura é o uso de rituais de purificação, banhos, rezas e orações, esses atos permitiria o espírito estar pronto e purificado para receber a cura.

Seriam necessários mais estudos para confirmar os achados, principalmente relacionados à mudança na representação. Através de estudos de zona muda poderiam emergir outros aspectos da representação. Considera-se que essa tese possa auxiliar em outros estudos relacionados à temática do HIV/Aids e PVHA, assim como para o campo das ciências da enfermagem e da saúde, tendo em vista que essa temática suscita elementos afetivos relacionados à memória social da população em geral.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A. et al. Religião, espiritualidade e a enfermagem. **REFACS**, Uberaba, v. 5, p. 154-164, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4979/497954891009/html/>>. Acesso em: 5 maio 2021.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000, p. 27-38.
- ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 36-47.
- ABRIC, J. C. L'organisation interne des représentations sociales: système centrale et système périphérique. In: GUIMELLI, C. (org.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1994. p. 73-84.
- ALAYA, D. B. Abordagens filosóficas e teoria das representações sociais. In: ALMEIDA, A. M. O; SANTOS, M. F. S; TRINDADE, Z. A. (org.) **Teoria das representações sociais: 50 anos**. 2. ed. Brasília: Technopolitik, 2019. p. 261-282. Disponível em: <<http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/TRS50anos2aEdRevDez19r.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2021.
- ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. **J. Personal. Social Psychol.**, v. 5, n. 4, 1967, p. 432-443. DOI: 10.1037/h0021212
- ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, dez. 2000, p. 257-267. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v8n3/v8n3a05.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2021.
- ALMEIDA, A.S.; GOMES, A.; PIMENTEL, M.G. Um panorama histórico da trajetória do espiritismo da França até o Brasil. **Interações**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, jul./dez. 2020, p. 213-233.
- ALVARES, Myriam Martins; SILVA, Larissa Andrade. Olubajé, o grande ritual coletivo do candomblé de manutenção da saúde. **Em Sociedade**, v. 4, n. 1, p. 214-231, 2022.
- ALVES, J. E. et al. Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 29, n. 2, maio/ago. 2017, p. 215-242. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ts/a/8wQjZZ5sDp8g63KZ4sLQDdM/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 4 maio 2021.
- ALVES, R. **Cuidado transpessoal em enfermagem: o postulado de Jean Watson**. Departamento de Saúde Mestrado Profissional em Enfermagem. Vol. 2.1, n. 18, 2017.

ANDRADE, J. V. et al. Abordagem à espiritualidade por meio do questionário “FICA”: uma experiência de capacitação com cuidadores de idosos. **Longeviver**, São Paulo, n. 7, jul./ago. 2020. Disponível em:

<<https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/848/908>>. Acesso em: 1 mar. 2021.

ANDRADE, K.V.A.; MARTINS, C.E.A.F.; VERÍSSIMO, M.L.A.; SILVA, R.M.S.; HOLANDA, W.M. Responsabilidade civil frente à transmissão do HIV entre parceiros. **Debates Jurídicos Interdisciplinares**. v. 1, 2021. Disponível em:

<<https://periodicojs.com.br/index.php/hp/article/view/393>> Acesso em: 19 abril 2022.

ANTUNES, L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações Sociais e Estereótipos sobre Aids e Pessoas que Vivem com HIV/Aids. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, Brasil, v. 16, n. 3, p. 43–57, 2015. DOI: 10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p43-57.

APOSTOLIDIS, T. et al. Efeito das modalidades de resposta sobre a estruturação de uma representação social: o exemplo da representação dos estudos. **Interam. J. psychol**, San Juan, v. 45, n. 2, 2011, p. 211-222. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28422741012>>. Acesso em: 13 maio 2021.

ARRIBAS, C. da Graça. O caráter religioso do espiritismo. **Fragments de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, vol. 23, n. 1, 2013, p. 3-16.

ARRUDA, A.B.L. et al. Perfil dos candidatos à doação de sangue com sorologia positiva para o HIV e estudo comparativo entre as metodologias de triagem para o HIV. **OPEN SCIENCE RESEARCH VII**. Cap. 21. DOI: 10.37885/221010492

AUBERT, J.; ABDI, G. Représentations sociales de la gymnastique chez des enseignants stagiaires d'éducation physique et sportive et choix d'enseignement. **Staps**, v. 59, n. 3, 2002, p. 9-22. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-staps-2002-3-page-9.htm>>. Acesso em: 6 jul. 2021.

AZAMBUJA, K.F. Perfil do paciente HIV+ com mais de 60 anos no Estado do Rio de Janeiro. In: Fórum e conferência de cooperação técnica horizontal da América Latina e do Caribe EM HIV/Aids e DST, 1./2., Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, 2000, p. 287-288.

BANCHS, M. A. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. **PSR**, v. 9, n. 3, 2000, p. 1-15. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/285299738_Aproximaciones_Procesuales_y_Estructurales_al_estudio_de_las_Representaciones_Sociales>. Acesso em 24: maio 2021.

BARBOSA, I. P. B. et al. Significados das práticas de cuidado em saúde no ritual de iniciação do candomblé de Ketu. **Semin., Ciênc. Soc. Hum.**, Londrina, v. 39, n. 1, jun. 2018, p. 95-112. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-54432018000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BARROS, S. G. **Política nacional de aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2018. 335 p. DOI: 10.7476/9788523220303.

BAUER, M. W. A popularização da ciência como imunização cultural: a função de resistência das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2013. 264 p.

BELTRÃO, R. P. L. et al. Saúde e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids: uma revisão narrativa dos últimos 15 anos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 40, 21 fev. 2020, e2942. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2942>>. Acesso em: 24 maio 2021.

BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P.; COUTO, M. E. S.; ASSIS, R. A. M. (org.). **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias**. Ilhéus: EDITUS, 2017, p. 101-122. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/yjxdq/pdf/mororo-9788574554938.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2021.

BEZERRA, J. N. et al. Instrumentos que avaliam a espiritualidade de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. **InterScientia**, João Pessoa, v. 7, n. 2, dez. 2019, p. 160-173. Disponível em: <<https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/930>>. Acesso em: 1 mar. 2021.

BITTENCOURT FILHO, José. **Matriz religiosa brasileira**. 2 ed. Rio de Janeiro: Unida, 2019.

BOBSIN, O. Etiologia das doenças e pluralismo religioso. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 43, n. 2, 2003, p. 21-43. Disponível em: <http://www3.est.edu.br/publicacoes/estudos_teologicos/vol4302_2003/et2003-2obob.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

BOFF, L **Igreja, carisma e poder**. Petrópolis: Vozes, 1982

BORGES, Marcelo. **Afiliação religiosa e decisões de cuidado à saúde**. Dissertação [mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2022. DOI: 10.11606/D.5.2022.tde-18012023-183154

BRAND, A.; FELIPPE, A. Resiliência, espiritualidade e esperança em eventos desafiantes da vida: uma análise à luz de Viktor Frankl. **Cadernos de Psicologia**, vol. 4, n. 8, 2023, p. 782-801.

BRANDÃO, J.M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I.F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, vol. 21, n. 49, 2011, p. 263-271. DOI: 10.1590/S0103-863X2011000200014

BRANDÃO, Juliana de Lima. **Representação social das cirurgias espirituais na Umbanda para médiuns umbandistas do ritual bantu-ameríndio**. Dissertação [mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

BRASIL. **Lei n.º 11.346**, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm> Acesso em: 21 Maio 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.313**, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9313-13-novembro-1996-349070-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/novembro/artigo-18deg-toda-pessoa-tem-direito-a-liberdade-de-religiao-consciencia-e-pensamento>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 158**, de 04 de fevereiro de 2016. Redefine o Regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Fev, 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção**. Aids/HIV. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aids-hiv/prevencao-contra-a-aids-hiv>> Acesso em: 23 abril 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância e Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância e Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, dez 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf>. Acesso em: 10 fev 2023.

BRITO, H. L.; SEIDL, E. M. F. Resiliência de pessoas com HIV/Aids: influência do coping religioso. **Trends Psychol**, v. 27, n. 3, 2019, p. 647-660. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tpsy/a/Gtq5NxnHrxpQgD7v4Gy7DLs/?lang=en>>. Acesso em: 15 maio 2021.

BUDEMBERG FILHO, A.J. A contaminação dolosa do vírus HIV e o direito penal brasileiro. **Cadernos Jurídicos da Faculdade de Direito de Sorocaba**, vol. 2, n. 1, 2020, p. 413-430. Disponível em: <<https://www.fadi.br/revista/index.php/cadernosjuridicos/article/view/67>> Acesso em: 19 abr 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ** (Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires). Toulouse: Iramuteq, 2016. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf>. Acesso em: 25 maio 2021.

CAMARGO JR., K.R. Aids e a Aids das ciências. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 1, n. 1, jul. 1994, p. 35–60.

CAMARGO, V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, 2013, p. 513-518. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751532016>>. Acesso em: 4 maio. 2021.

CAMPOS, J. R. N. et al. Políticas públicas para o enfrentamento do HIV/AIDS em países com sistema universal e gratuito de saúde: uma análise segundo a UNAIDS. **Res. Soc. Dev.**, v. 10, n. 2, 2021, e37310212574. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12574>>. Acesso em: 24 maio 2021.

CAMPOS, P. H. F. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003, p. 23-36. Disponível em: <https://www.academia.edu/28496868/Campos_and_Loureiro_Representac_o_es_sociais_e_pra_ticas_educativas>. Acesso em: 22 maio 2021.

CAMPOS, P. H. F. Editorial da seção: o estudo das relações entre práticas sociais e representações: retomando questões. **Psicol. saber. soc.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2017, p. 42-46. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/30664>>. Acesso em: 23 maio 2021.

CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003, 245 p.

CASTRO, J.L.D.C., SANTOS, J.V.D.O., ARAÚJO, L.F.; FARO, A.; ROCHA, A.P.P.D.; REIS, S.T. Representações sociais do VIH/SIDA para adolescentes: Uma abordagem estrutural. **Análise Psicológica**, vol. 37, n. 1, 2019, p. 15-27.

CATÓLICA, Igreja. **Catecismo da Igreja católica**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, set. 2004, p. 82-91. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pcp/a/W9VnTqwrWpd5mFsMys8ch3c/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 24 maio 2021.

CHINNAIYAN, K. M. et al. Heart, mind, and soul: spirituality in cardiovascular medicine. **Eur. heart j.**, London, v. 42, n. 31, Aug. 2021, p. 2965-2968. Disponível em:

<<https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/31/2965/6168233>>. Acesso em: 25 maio 2021.

COHEN, M.S. et al. Prevenção da Infecção por HIV-1 com Terapia Antirretroviral Precoce **The new england journal of medicine**. vol. 365, no. 6, August 11, 2011. DOI: 10.1056/NEJMoa1105243

COSTA, B. R. L. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. **RIGS**, Salvador, v. 7, n. 1 jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>>. Acesso em: 24 maio 2021.

COSTA, D. T. et al. Coping religioso/espiritual e nível de esperança em pacientes com câncer em quimioterapia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 72, n. 3, jun. 2019, p. 640-645. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/mDzMnzzX7ML38mHpN878Jcf/?lang=pt>>. Acesso em: 23 maio 2021.

COSTA, F.C.A.; SOARES, F.V.; DOMINGOS, P.R.C. Perfil informacional de uma população jovem a respeito da AIDS e suas consequências. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 47, 2020, e3173. DOI: 10.25248/reas.e3173.2020

COSTA, L.N.F.; BRAGA, M.M.; ROCHA, M.; LIMA, M.S.; CAMPÊLO, W.F.; VASCONCELOS, C.M.C.S. Fatores associados à insegurança alimentar em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 31, n. 1, 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.6884

COSTA, M. S. et al. Saberes, crenças religiosas e atitudes de mulheres idosas na prevenção ao HIV/Aids. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, 2018, p. 40-46. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/MzdhWGJhZDSVKz6r7dpwDKk/?lang=pt>>. Acesso em: 25 maio 2021.

COUTO, P. L. S. et al. Dilemas e desafios da prevenção ao HIV nas representações de jovens católicos. **Online braz. j. nurs.**, Niterói, v. 17, n. 1, mar. 2018, p. 97-108. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1117317>>. Acesso em: 10 maio 2021.

CRES, M.R. et al. Religiosidade e estilo de vida de uma população adulta. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 28, núm. 2, abril-junio, 2015, p. 240-250.

DA MATA, R. **O que faz o Brasil Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 288.

DICIO. Dicionário online de português. Verbete. **Compaixão**. 2023. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/compaixao/>> Acesso em 25 maio 2023.

DONATO, S. P. et al. Da análise de similitude ao grupo focal: estratégias para estudos na abordagem estrutural das representações sociais. **REEDUC**, v. 14, n. 37, 2017, p. 367-394. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/128902646-Da-analise-de-similitude-ao-grupo-focal-estrategias-para-estudos-na-abordagem-estrutural-das-representacoes-sociais.html>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ESPÍRITO SANTO, C.C.; GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de representações sociais. **Revista de Enfermagem**, vol. III, núm. 10, julho, 2013, p. 15-24.

FAUCI, A.S.; LANE, H.C. Quatro décadas de HIV/AIDS—muito realizado, muito a fazer. **New England Journal of Medicine**, vol. 383, n. 1, 2020, p. 1-4.

FAVERO, L. et al. Aplicação da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2009, p. 213-218. DOI: 10.1590/S0103-21002009000200016.

FERREIRA, D. C.; FAVORETO, C. A. O.; GUIMARÃES, M. B. L. A influência da religiosidade no conviver com HIV. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 41, abr./jun. 2012, p. 383-393. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/JGjvCFPmmXf8qwFQZtx3ppC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 maio 2021.

FLAMENT C. Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In: ABRIC J. C. (ed.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 2012, p. 37-57.

FLAMENT, C. Structure et dynamique des représentations sociales. In: JODELET D. (ed.). **Les Représentations Sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 2003, p. 204-219.

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

FRANCISCO, L. A. O catolicismo e suas concepções de saúde e doença. **Akrópolis**, Umuarama, v. 28, n. 1, jan./jun. 2020, p. 19-26. Disponível em: <<https://www.revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/view/7445>>. Acesso em: 5 maio 2021.

FRANCO, Divaldo Pereira. **F895 Desperte e Seja Feliz**. 11. ed. Pelo Espírito Joanna de Angelis [psicografado por] Divaldo Pereira Franco. Salvador: LEAL, 2013.

FRESTON, Paulo. Breve história do pentecostalismo brasileiro. In: ANTONIAZZI, A. et al. **Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo**. Petrópolis: Vozes, 1994.

GASPARETTO, L. **Metafísica da saúde: Sistemas respiratório e digestivo**. Vol. 1. São Paulo: Vida e Consciência, 2019.

GEORGE, J. B. Madeleine M. Leininger. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 297-310.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981, p. 160.

GÓIS, A. R. S. et al. Morte/morrer de pessoas com HIV: o olhar da enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3337-3343, dez. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236255/30795#:~:text=Identificam%2Dse%20sentimentos%20de%20frustra%C3%A7%C3%A3o,proporcionar%20o%20melhor%20aos%20pacientes>>. Acesso em: 24 maio 2021.

GOMES, A.M.T. et al. A religiosidade para pessoas vivendo com HIV/Aids: um estudo de representações sociais. **Enfermagem Brasil**, vol. 18, n. 6, 2019.

GOMES, M.P. et al. Ressignificação da existência e do cotidiano de pessoas que vivem com HIV. **Revista PróUniverSUS**. Vol. 10, n. 1, 2019 Jan./Jun., p. 2-6.

GOMES, M.P.; BARBOSA, D.; GOMES, D.; TOSOLI, A.M.; SILVA, G.; SOUZA, F.A.; SILVA, A.L.B. A vivência do preconceito após a revelação da soropositividade para o HIV. **Rev. Rede cuid. saúde**; Vol. 15, n. 1, 2021, p. 47-56. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1282399/artigo-4-final.pdf>> Acesso em: 25 maio 2022.

GONÇALVES, H. A.; NASCIMENTO, K. C. S.; SANTOS, A. P. A. L. Espiritualidade e religiosidade: a fé cristã e o papel da oração no processo de enfrentamento da doença. **PARALELLUS**, Recife, v. 9, n. 20, 2018, p. 85-102. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/328724867_ESPIRITUALIDADE_E_RELIGIOSIDADE_A_FE_CRISTA_E_O_PAPEL_DA_ORACAO_NO_PROCESSO_DE_ENFRENTAMENTO_DA_DOENCA>. Acesso em: 26 maio 2021.

GRÜN, A.; BOFF, L. **O divino em nós**. São Paulo: Vozes, 2017, 168 p.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Arch. Clin. Psychiatry**, São Paulo, v. 34, supl. 1, 2007, p. 88-94. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700012.

HAATHERLY, W.E.L.; SILVA, S.E.D.; MIRANDA, L.G.L.; SANTOS, A.L.; ARAÚJO, J.S.; COSTA, J.L. As representações sociais sobre o processo saúde-doença na visão espírita. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 13, 2021, p. 117–122. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7884.

HENCKEMAIER L, et al. Cuidado transcultural de Leininger na perspectiva dos programas de pós-graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, 2014, p. 85-91. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/15722>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

IENNE, A.; FERNANDES, R. A. Q.; PUGGINA, A. C. A espiritualidade de enfermeiros assistenciais interfere no registro do diagnóstico sofrimento espiritual? **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2018, e20170082. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/RvKgbyNQ5v9QwDCzQvCpzDB/?lang=pt>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. JODELET (ed.). **As representações sociais**. MAZZOTTI, T. B. (Trad.). Rio de Janeiro: UERJ, 2001. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/324979211_Representacoes_sociais_Um_dominio_em_expansao>. Acesso em: 15 maio 2021.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: D. JODELET (ed.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989, p. 31-61.

JODELET, Denise. **Folie et représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires France, 1995

JODELET, Denise. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. **Psicología Social II**. Barcelona: Paidós, 1993, p. 469-494

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. **As representações sociais** vol. 17, n. 44, 2001, p. 1-21.

JOFFE, H. et al. (org.) "Eu não", "O meu grupo não": representações transculturais da aids. **Textos em representações sociais** 2012, p. 239-261.

JUSTO, A.M.; CAMARGO, B.V.; ALVES, C.D.B. Os efeitos de contexto nas representações sociais sobre o corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 3, jul. 2014, p. 287–297.

KARDEC, Allan. **O evangelho segundo o espiritismo**. Porto Alegre: BesouroBox, 2020.

KERN, F. A.; SANTOS, A. M.; GRAEFF, B. A. (2017). AIDS: morte social e estigmas no contexto das redes de apoio. In: Seminário Internacional de Políticas Públicas 3, Porto Alegre, **Anais...** Porto Alegre, 2017, 17 p. Disponível em:

<https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/14868/2/AIDS_morte_social_e_estigmas_no_contexto_das_redes_de_apoio.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

KNAUTH, D.R. et al. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cad Saúde Pública**, vol. 35, n. 6, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00170118

KOENIG, H. G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**: por quê, como, quando e o quê. São Paulo: FE, 2005, 140 p.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**. Porto Alegre: L&PM, 2012, p. 54-67.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, 2010, p. 78-85. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2077-1444/1/1/78/htm>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

KOENIG, H.; PARKERSON JR, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. **Am. J. psychiatr.** Arlington, v. 154, n. 6, 1997, p. 885-886. DOI: 10.1176/ajp.154.6.885b.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

LANGARO, Fabíola et al. Influências da espiritualidade em pessoas que estão em processo de luto antecipatório. **Revista Multidisciplinar do Amapá**. vol. 1.1, 2018, p. 139-155.

LEITE, Gildeci de Oliveira. Omolu, Obaluaê, São Lázaro, São Roque, a fé, a medicina do pobre. **Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 29, n. 4, 2020, p. 672-683.

LERMEN, H.S.; MORA, C.; NEVES, A.L.M.; AZIZE, R.L. Aids em cartazes: representações sobre sexualidade e prevenção da Aids nas campanhas de 1º de dezembro no Brasil (2013-2017). **Interface** (Botucatu). Vol. 24, 2020, e180626 DOI: 10.1590/Interface.180626

LIMA, A. P. R. Sexualidade na terceira idade e HIV. **Longeviver**, São Paulo, ano 2, n. 5, jan./mar. 2020. Disponível em: <<https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/813/872>>. Acesso em: 3 maio 2021.

LIMA, D. W. C. et al. Historicidade, conceitos e procedimentos da análise do discurso. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017, e12913. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12913>>. Acesso em: 13 ago. 2021.

LIMA, V. S. M.; GUIMARÃES, R. F. Enfermagem: arte ou ciência? **JOPIC**, Teresópolis, v. 3, n. 6, 2020. Disponível em: <<http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/jopic/article/view/1908>>. Acesso em: 1 mar. 2021.

LUCCHETTI, G.; KOENIG, H.G.; LUCCHETTI, A.L.G. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. **World J Clin Cases**. Vol. 9, n. 26, 2021 Sep 16, p. 7620-7631. DOI: 10.12998/wjcc.v9.i26.7620. PMID: 34621814; PMCID: PMC8462234.

MACHADO, L. B.; ANICETO, R. D. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, 2010, p. 345- 364. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ensaio/a/k74M4V3f8qpPMNfRJdhRQwB/?lang=pt>>. Acesso em: 24 maio 2021.

MARKOVÁ, I. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 163, jan./mar. 2017, p. 358-375. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cp/a/3VdRjVMytzZqPRjWPkPNKTG/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Ao%20longo%20de%20sua%20carreira,MOSCOVICI%3B%20MARKOV%3C%81%2C%202006>>. Acesso em: 14 maio 2021.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais**: as dinâmicas da mente. Petrópolis: Vozes, 2006. 309 p.

MARMOLEJO, J. G. **A construção sociocultural da sexualidade e do HIV-Aids no espiritismo kardecista brasileiro**. Dissertação [mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

MARQUES, S.C.; OLIVEIRA, D.C.; RIBEIRO, F.M.T. Abordagem estrutural das representações sociais sobre a AIDS entre os servidores de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 7, núm. 2, agosto, 2003, p. 186-195.

MARQUES, S.C.; OLIVEIRA, D.C.C.; MANTELO, H.P.; SILVA, C.P.; SAMPAIO, L.A.; SILVA, V.X.P. Avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisão integrativa. **Rev. Enf. UERJ**. V. 28, 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.39144

MATOS, Maria de Lourdes Ferreira Medeiros et al. (Org.) **Espiritualidade, medicina e saúde**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

MAZZOTTI, A. J. A. A abordagem estrutural das representações sociais. **Psic. da Ed.**, São Paulo, n. 14-15, 2002, p. 17-37. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/psicoeduca/article/view/31913>>. Acesso em: 21 maio 2021.

MEIRELES, I.; MÁXIMO, F. B. Projeto quilombo: repensando a prevenção em um país multiétnico e multicultural. **Interagir, Pensando Ext.**, Rio de Janeiro, n. 11, jan./jul. 2007, p. 133-136. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/2529>>. Acesso em 10 jul. 2021.

MENDONÇA, A.G. República e pluralidade religiosa no Brasil. **Revista USP** Vol. 59, 2003, p. 144-163.

MENDONÇA, A. G. O protestantismo no Brasil e suas encruzilhadas. **Revista USP**, São Paulo, n. 67, 2005, p. 48-67. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13455>>. Acesso em: 25 maio 2021.

MESQUITA, A. C. et al. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, abr. 2013, p. 539-545. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/FGRVmLJ8gWnNCFPwq8bKxHm/?lang=pt>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MOLINER, P.; GUIMELLI, C. **Les représentations sociales**. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble, 2015. 139 p.

MORAES, Â. T. O discurso da saúde no espiritismo: do magnetismo à autocura. **Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB**, João Pessoa, v. 14, n. 1, 2017, p. 90-108. DOI: 10.22478/ufpb.1982-6605.2017v14n1.34213.

MORBECK, Amarry Dantas. **Cuidado transpessoal de enfermagem em familiares de crianças com doença falciforme mediado pelo Reiki**: estudo à luz da Teoria de Jean Watson. Dissertação [mestrado]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 36, n. 2, jun. 2014, p. 176-182. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/RYKv5cWW445mT698wPtKzrk/?lang=en>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 68, n. 1, mar. 2016, p. 54-57. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100016&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 31 ago. 2021.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, vol. 35, 2008, p. 31-32.

MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse, son image et son public**. Paris: Presses Universitaires de France, 1961. 512 p.

MOSQUEIRO, B.P.; CALDIERARO, M.A.; MESSINGER, M.; COSTA, F.B.P.; PETEET, J.R.P.; FLECK, M. Religiosidade, espiritualidade, risco de suicídio e remissão de sintomas depressivos: um estudo prospectivo de 6 meses em pacientes brasileiros de atendimento terciário. **J Distúrbio Afetivo**. Vol. 279, 2021, p. 434–442.

MOTA, C.S.; TRAD, L.A.B. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, abr. 2011, p. 325–337.

MOTT, L. Os candomblés da Bahia e a aids: pesquisa em 500 terreiros de Salvador. In: MOTT, L.; CERQUEIRA, M. (org.). **As religiões afrobrasileiras na luta contra a aids**. Salvador: Centro Baiano Anti-Aids, 1998, p. 9-28.

NÓBREGA S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA A. S. P. (org.) **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Universitária, 2001, p. 55-87

NOGUEIRA, G.A.M.; GUNLANDA, A.C.O. O sentido da morte nas experiências dos sujeitos umbandistas e seus efeitos na vivência do processo de luto. **Monumenta - Revista De Estudos Interdisciplinares**, Vol. 3, n. 6, 2023, p. 31-59. Disponível em: <<https://monumenta.emnuvens.com.br/monumenta/article/view/130>> Acesso em: 19 maio 2023

NOGUEIRA, S. C. M. A ignorância dói, machuca e mata: a intolerância religiosa sobre as religiões de matriz africana. **ESPAÇOS**, v. 28, n. 2, 2020, p. 271-284. Disponível em: <<https://espacos.itespteologia.com.br/espacos/article/view/740>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

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**. Tese [doutorado] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019. 269 f.

NOGUEIRA, V.P.F.; GOMES, A.M.T.; APOSTOLIDIS, T.; COLLARES-DA-ROCHA, J.C.C.; SANTOS SOUZA, K.P.D.; DAS MERCÊS, M.C. As facetas da fé para pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana. **Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, vol. 29, n. 4, 2020, p. 726-734.

OLIVEIRA, D.C. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, jan. 2013, p. 276–286.

OLIVEIRA J.L.C. et al. Pesquisa com métodos mistos na enfermagem: experiência na pós-graduação. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 2, 2019, p. 1-15. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/38441/pdf>>. Acesso em: 4 maio 2021.

OLIVEIRA, D. C. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais**. Tese (titulação). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001. 247 p.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa, Editora Universitária UFPB, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. O processo de coleta e de análise de dados 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: Moriá, 2015, p. 351-386.

OLIVEIRA, D.C.; STEFAISK, R.L.M.; MARQUES, S.C.; COSTA, T.L.; FORMOZO, G.A.; MACHADO, Y.Y. Representações sociais da AIDS e a incorporação de memórias. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 41, 2023, p. 248–260. DOI: 10.24276/rrecien2023.13.41.248-260.

ONDERE NETO, J.; LISBOA, C.S.M. Doenças associadas ao luto antecipatório: uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, vol. 18, núm. 2, 2017, p. 308-321.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 13. ed. Campinas: Pontes, 2020. 100 p.

ORO, A. P.; ALVES, D. Renovação carismática católica: movimento de superação da oposição entre catolicismo e pentecostalismo? **Relig. soc.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2013, p. 122-144. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rs/a/ydp8rBvBTZv5YSmTCS9KNGx/?lang=pt#>>. Acesso em: 5 abr. 2021.

PAGLIUCA, L. M. F.; MAIA, E. R. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, out. 2012, p. 849-855. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/cDkRTCgfkZfZ689RsNg6gt/?lang=pt>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

PARREIRA, P. et al. Abordagem estrutural das representações sociais. In: PARREIRA P. et al. (Coord.). **Análise das representações sociais e do impacto da aquisição de competências em empreendedorismo nos estudantes do Ensino Superior Politécnico**. Guarda: IPG/PIN, 2018, p. 55-68. Disponível em: <https://www.academia.edu/38575718/An%C3%A1lise_das_Representa%C3%A7%C3%B5es_Sociais_e_do_Impacto_da_Aquisi%C3%A7%C3%A3o_de_Compet%C3%Aancias_em_Empreendedorismo_nos_Estudos_do_Ensino_Superior_Polit%C3%A9cnico_Instituto_Polit%C3%A9cnico_da_Guarda_2018>. Acesso em: 22 maio 2021.

PATRÍCIO, A.C.F.A. et al. Depressão, autoconceito, expectativas futuras e esperança de pessoas com HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, conjunto. 2019, pág. 1288–1294.

PAULA, Glaudston Silva de. **A morte e o morrer e suas representações sociais para ateus e fiéis de diferentes religiões**. Tese [doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019.

PAULA, A.A. et al. Perfis de mortalidade em pessoas vivendo com HIV/aids: comparação entre o Rio de Janeiro e as demais unidades da federação entre 1999 e 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 23, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/7WKTFvpJ5hgX9hj7VSpdyBM/?lang=pt#>>. Acesso em: 16 maio 2021.

PEREIRA, Herbert A. **A doutrina da Santíssima Trindade**. [s.l.]: Kéryx, 2016

PEREIRA, E. C. L. et al. Jovens universitários da área da saúde são vulneráveis ao HIV. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, Brasília, DF, v. 11, n. 2, 2017, p. 41-52. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2355>>. Acesso em: 13 maio 2021.

PEREIRA, F. J. O Espiritismo no campo religioso brasileiro. **Crítica e sociedade**, Uberlândia, v. 10, n. 2, p. 144-164, 2020. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/criticassociedade/article/view/58281>>. Acesso em: 21 maio 2021.

PEREIRA, Gerson Lourenço. O enredo da reforma protestante. **Revista CREatividade**, v. 2019, n. 2, 2019.

PRANDI, R. Axé, corpo e almas: concepção de saúde e equilíbrio segundo o Candomblé1 **Revista Estudos Afro-Brasileiros**, Itanhaém, v. 3, n. 1, jan./jun. 2022, p. 47-530.

PRANDI, R. O Brasil com axé: candomblé e umbanda no mercado religioso. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 18, n. 52, dez. 2004, p. 223-238. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/tFh5DWhR8wWVWNsXL4Z9yxv/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

QUELHO, C. T.; CAVALCANTI, A. P. R.; CARMO, H. C. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. **Interações**, v. 11, n. 20, dez. 2016, p. 85-97. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2016v11n20p85>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

RATEAU, P. et al. Teoria da representação social. ALVARENGA, C. H. (Trad.) In: VAN LANGE, P. A. M.; KRUGLANSKI, A. W.; HIGGINS, E. T. (org.). **Handbook of theories of social psychology**. London: SAGE, 2012.

RIBEIRO, Antônio Lopes. A cura pela via alternativa da religião. **Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**. Vol. 29, n. 4, 2020, p. 708-718.

RIBEIRO, C.O.; FRANCO, C. (2020). A pluralidade religiosa global e nacional em questão. **Caminhos-Revista de Ciências da Religião**, vol. 18, p. 308-324. DOI: 10.18224/cam.v18i2.8167.

RIOS, L. F. et al. Axé, práticas corporais e Aids nas religiões africanistas do Recife, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, dez. 2013, p. 3653-3662. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/LRXBs5zG4KYdxG48dbTwKYs/?lang=pt>>. Acesso em: 16 maio 2021.

ROCHA, M.B.; SEVERO, A.K.S.; SILVA, A.V.F. “Colocando as miçangas na guia”: o pesquisar em saúde nos terreiros de umbanda. **Educação em Perspectiva**, Viçosa, MG, v. 10, 2019, e019009. DOI: 10.22294/eduper/ppge/ufv.v10i0.7139.

ROCHA, Matheus Barbosa da; SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; FÉLIX-SILVA, Antônio Vladimir. Nos batuques dos quintais: as compreensões dos povos de Umbanda sobre saúde, adoecimento e cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

ROUQUETTE, M.-L.; RATEAU, P. **Introduction à l'étude des représentations sociales**. Grenoble. France: Presses Universitaires de Grenoble, 1998. 162 p.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, abr./jun. 2007, p. 225-37. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/10_Espiritual_enfermagem.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

SÁ, C. P. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: UERJ, 2015. 455 p.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. 192 p.

SAFRA, G. A espiritualidade no adoecimento e na terminalidade. In: PEREIRA, F. M. T. et al. **Espiritualidade em oncologia: conceitos e práticas**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

SANTO, C. C. E. **Pecado, salvação e cura: representações sociais da aids para líderes religiosos pentecostais**. Tese [doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016. 280 p.

SANTO, C.; GOMES, A.; COUTO, P.; SOUZA, C.; WOLTER, R.; PEREIRA, S. O processo de ancoragem na representação social de lideranças evangélicas sobre a AIDS. **Psychology, Health & Doenças**, vol. 20, n. 3, 2019, p. 778-787.

SANTO, Caren Camargo Espírito. **Pecado, salvação e cura: representações sociais da aids para líderes religiosos pentecostais**. Dissertação [mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

SANTOS JÚNIOR, P. J.; ROSA, A. L. Experiência religiosa: da Reforma Protestante ao avivamento pentecostal. **Encontros Teológicos**, Florianópolis, v. 31, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/view/58>>. Acesso em: 23 maio 2021.

SANTOS, J. L. G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, set. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/cXFB8wSVvTm6zMTx3GQLWcM/?lang=pt#>>. Acesso em: 24 maio 2021.

SAPORETTI, L. A.; SILVA, A. M. O. P. Aspectos particulares e ritos de passagem nas diferentes religiões. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. 624 p.

SEFFNER, F. et al. Respostas religiosas à aids no Brasil: impressões de pesquisa acerca da Pastoral de DST/Aids da Igreja Católica. **Cienc Soc Relig.** Vol. 10, n. 10, 2008 Oct, p. 159-180. PMID: 20442806; PMCID: PMC2862649.

SEFFNER, F.; STEIL, C. A. Dinâmicas entre catolicismo e AIDS: processos de reprodução, transformação e (in) formação. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2011. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/502>>. Acesso em: 22 maio 2021.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **AEDOS**, Porto Alegre, v. 8, n. 13, 2000, p. 128-133. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/anos90/article/view/6719>>. Acesso em: 24 maio 2021.

SHIMMA, Emi. Programa de promoção da saúde baseado em mindfulness para pessoas que vivem com HIV/aids atendidas no CRT DST/AIDS-SP, 2017 a 2019. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista**. Vol. 17, n. 199, 2020, p. 1-12.

SILVA E.R.; ALENCAR, E.B.; DIASE, A.; ROCHA, L.C.; CARVALHOS, C.M. Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, 1 fev. 2021, p. e5561.

SILVA J. V.; DIAS, B. V. B. Avaliação das propriedades psicométricas da versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL). **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 21, 2017, e-1012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1148>>. Acesso em: 20 maio 2021.

SILVA, A. F. C.; CUETO, M. HIV/Aids, os estigmas e a história. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, 2018, p. 311-314. DOI: 10.1590/S0104-59702018000200001.

SILVA, A. L. et al. Os estigmas que envolvem as crenças religiosas e as pessoas vivendo com HIV. **Cult. cuid.**, n. 24, v. 57, 2020, p. 27-40. Disponível em: <<https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/108773/1/CultCuid57-27-40.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

SILVA, C. G. et al. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. **Psicol. Estud.**, v. 13, n. 4, dez. 2008, p. 683-692. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/qLHLpmHbpmGzkKVX5Xjv8BL/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

SILVA, C.M.; GOMES, A.M.T.; LIMA BRANDÃO, J. Significados de exposição ao HIV/AIDS atribuídos por mulheres que professam religiões afro-brasileiras. **Revista Enfermagem UERJ**, vol. 30, n. 1, 2022, p. 68850.

SILVA, J. C.; ARAÚJO, A. D. A metodologia de pesquisa em análise do discurso. **Grau Zero-Revista de Crítica Cultural**, v. 5, n. 1, 2017, p. 17-32. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/grauzero/article/view/3492>>. Acesso em: 14 maio 2021.

SILVA, L. M. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. A umbanda e os processos de saúde-doença. **Semina, Ciênc. Soc. Hum.**, Londrina, v. 41, n. 2, 2020, p. 215-228. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/39607>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SILVA, Lucineide Almeida; PEROVANO FILHO, Natalino. Os adeptos de um Terreiro de Umbanda no interior da Bahia e sua relação com o processo doença-cura. **ODEERE**, v. 5, n. 9, 2020, p. 352-378.

SILVA, L.M.F.; SCORSOLINI-COMIN, F. A umbanda e os processos de saúde-doença. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 41, n. 2, 2020, p. 215–228. DOI: 10.5433/1679-0383.2020v41n2p215.

SILVA, M. V. G. **Espiritualidade na assistência da enfermagem**. 2020.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, set. 2012, p. 607-612. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/wMctqmZpKpYNdy8nZpTxJkp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 maio 2021.

SILVA, S. E. D. et al. As representações sociais sobre o processo saúde-doença na visão espírita. **Rev. Pesqui. Univ. Fed. Estado Rio J.**, Rio de Janeiro, v. 13, 2021, p. 117-122. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147525>>. Acesso em: 5 maio 2021.

SILVA, S. R. F. Um olhar sobre o catolicismo brasileiro. **Topoi**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 20, jun. 2010, p. 191-194. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/topoi/a/GQPfjWtVjqFDKqh4RzkCbmS/?lang=pt>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SILVA, V.G. **Espiritualidade na Assistência da Enfermagem**. Dissertação [mestrado]. Miracema: Faculdade Unida de Vitória, 2020.

SILVEIRA, E.A.; FALCO, M.O. Diagnóstico nutricional de pessoas que vivem com HIV/AIDS: revisão de protocolos nacionais e internacionais. **Ciênc saúde coletiva**. Vol. 25, n. 12, 2020, p. 5003–16. DOI: 10.1590/1413-812320202512.36262018

SILVEIRA, L. C. et al. Análise do discurso e a pesquisa na saúde. **CIAIQ2015**, v. 3: Atas – Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais, 2015. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/135>>. Acesso em: 24 maio 2021.

SILVEIRA, P.P.S. et al. Uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) como PREVENÇÃO COMBINADA na contenção da disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em grupos de risco. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. 15, n. 6, 2022, e10267. DOI: 10.25248/reas.e10267.2022

SOARES, A. G. S. **A AIDS e as igrejas evangélicas**: entre a fé e a razão. Projeto de pesquisa. Projeto de pesquisa. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. 58 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/1828/1/Amanda_Projeto_.pdf>. Acesso em 15 jul. 2021.

SOBRINHO, Geraldo Campeí. Pandemia: cinco lições inadiáveis. O espiritismo e a pandemia **FERGS**, n. 71, 2021.

SOUZA, A. R. Pluralidade cristã e algumas questões do cenário religioso brasileiro. **Rev. USP**, São Paulo, n. 120, 2019, p. 13-22. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/155528>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública** (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 1993, p. 300-308. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/3V55mtPK8KXtksmhbkctkj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 5 maio 2021.

STACK, S.; LAUBEPIN, F. Religiousness as a Predictor of Suicide: An Analysis of 162 European Regions. **Suicide Life Threat Behav**. Vol. 49, n. 2, 2019 Apr, p. 371-381. DOI: 10.1111/sltb.12435. Epub 2018 Jan 25. PMID: 29370461.

STERNTHAL, M.J.; WILLIAMS, D.R.; MUSICK, M.A.; BUCK, A.C. Depressão, ansiedade e vida religiosa: uma busca por mediadores. **J Health Soc Behav**. Vol. 51, 2010, p. 343–359.

STROPPA, A. et al. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 40, n. 3, Sept. 2018, p. 238-243. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/GLKMYtTk4b4xxDkjrGj8Jdj/?lang=en#>>. Acesso em: 4 maio 2021.

TALARICO, A. K. Como a Ciência se relaciona com a Fé. **Entre Sanas**. 10 set 2021. Disponível em <<https://www.revistaentreasanas.com.br/post/como-a-ci%C3%A9ncia-se-relaciona-com-a-f%C3%A9>>. Acesso em: 13 dez. 2021

TAUNAY, T. C. D. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev Psiq Clín.**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2012, p.130-135. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n4/03.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2021.

TAVARES, M. M. et al. Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 4, 2018, p. 1097-1102. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234780>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

TEIXEIRA, F. O resgate da espiritualidade no cotidiano. In: PANASIEWICZ, R.; VITÓRIO J. **Espiritualidades e dinâmicas sociais**: memória e perspectivas. São Paulo: Paulinas, 2014. 263 p.

THIENGO P. C. S. et al. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare enferm.** Curitiba, v. 24, 2019. DOI: 10.5380/ce.v24i0.58692.

TONIOL, R. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico**, Brasília, DF, v. 42, n. 2, 2017, p. 267-299. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/aa/2330>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, A. M. O; SANTOS, M. F. S; TRINDADE, Z. A. (org.) **Teoria das representações sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2019, p. 101-122. Disponível em: <<http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/TRS50anos2aEdRevDez19r.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2021.

ULRICH, C.B.; LACERDA, G.H.F.; SILVA, E.A.; SCHUBERT, A.M.P. Diáspora africana, ancestralidade e a tradição religiosa dos candomblés: (en)cruzilhadas a conhecer. **Identidade!** v. 27, n. 1, 2022, p. 105–119. Disponível em: <http://198.211.97.179/periodicos_novo/index.php/Identidade/article/view/2067>. Acesso em: 6 ago. 2023.

UNAIDS. United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Aids Update. **Ending AIDS**: progress towards the 90–90–90 targets. Geneva: Joint United Nations, 2017. 198 p. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

UNIAIDS. United Nations Programme on HIV/AIDS. **Estatísticas**. 2023. Disponível em: <<https://unaids.org.br/estatisticas/>> Acesso em: 24 maio 2023.

UNIAIDS. United Nations Programme on HIV/AIDS. **Estudo revela como o estigma e a discriminação impactam pessoas vivendo com HIV e AIDS no Brasil**. 10 dez 2019. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>> Acesso em: 19 maio 2021.

UNIAIDS. United Nations Programme on HIV/AIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS - BRASIL**. 2019. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-ea-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>>. Acesso em: 19 abr 2022.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO M. B. (org.) **Psicologia social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013. 782 p.

VEIGA, E. **Como são ‘feitos’ os santos da igreja católica**. BBC News Brasil. 18 maio 2019. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-48280079>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

VERGÈS, P. L’analyse des représentations sociales par questionnaires. **R. franç. Sociol.** v. 42, n. 3, 2001, p. 537-561. Disponível em: <https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2001_num_42_3_5373>. Acesso em: 12 jun. 2021.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **R. interam. Psicol.**, v. 41, n. 2, 2007, p. 379-390. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n3/v41n3a13.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2021.

WEBER B. T.; LINS, D. A. S. Relações entre espiritismo e medicina no Rio Grande do Sul moderno: a apometria. **ACHSC**, Bogotá, v. 45, n. 1, 2018, p. 245-266. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/1271/127155842009/html>>. Acesso em: 7 maio 2021.

WEBER, B. T. Espiritismo e saúde: concepções a partir das práticas numa sociedade kardecist. **RBHR**, Maringá, v. 5, n. 15, jan. 2013, p. 19-46. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RbhrAnpuh/article/view/30222>>. Acesso em: 5 abr. 2021.

WOLTER, R. M. C. P. **A análise dos esquemas cognitivos de base em relação ao cálculo de lambda**. [Entrevista concedida à] Virginia Paiva Figueiredo Nogueira e Antonio Marcos Tosoli Gomes. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 15 dez. 2016.

WOLTER, R. M. C. P. Serge Moscovici: um pensador do social. In: ALMEIDA, A. M. O; SANTOS, M. F. S; TRINDADE, Z. A. (org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitik, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/275893036_Serge_Moscovici_um_pensador_do_social>. Acesso em: 24 maio 2021.

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, 2015, p. 107-125. Disponível em: <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1647-8606_58-1_6>. Acesso em: 29 ago. 2021.

WOLTER, R. P.; WACHELKE, J. Índices complementares para o estudo de uma representação social a partir de evocações livres: raridade, diversidade e comunidade. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 15, n. 2, ago. 2013, p. 119-129. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000200009> Acesso em: 24 maio 2021.

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 psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, set. 2016, p. 1139-1152. DOI: 10.9788/TP2016.3-18

WOLTER, R.; SÁ, C. P. As relações entre representações e práticas: o caminho esquecido. **SOCIOTAM**, v. 23, n. 1-2, 2013, p. 87-105. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/275889356_As_relacoes_entre_representacoes_e_praticas_o_caminho_esquecido>. Acesso em: 24 maio 2021.

WOODS, T. E. et al. Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic hiv-infected gay men. **J. psychosom. res.**, Oxford, v. 46, n. 2, Feb. 1999, p. 165-175. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399998000786?via%3Dihub>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

ZANCAN, S.; BRESOLIN, J.Z.; MEDEIROS, L.E.; CESPEDES, L.F. OLIVEIRA, L.G.; PEGORARO, P.S. Série histórica dos casos de HIV notificados de 1980 a 2020 no Brasil. **Com. Ciências Saúde**. Vol. 33, n. 02, 8 de julho de 2022. Disponível em: <<https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/1107>> Acesso em: 18 de junho de 2023.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado A Espiritualidade e a Religiosidade em diferentes segmentos religiosos e suas interfaces com o HIV/Aids, um estudo de Representação Social, conduzida pela doutoranda Leandra da Silva Paes sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes, do grupo de Pesquisa RELIGARES, Faculdade de Enfermagem/UERJ. Este estudo tem como objetivo geral analisar as representações sociais da espiritualidade, da religiosidade, do HIV/Aids e da pessoa que vive com HIV/Aids para diferentes grupos religiosos com o intuito de promover uma maior aproximação destas construções simbólicas com o cuidado religioso e espiritual nas unidades de saúde. Sua participação nesta pesquisa consistirá em um autopreenchimento dos questionários de evocações livres, escala de religiosidade e dados sociodemográfico. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará nenhum prejuízo de qualquer espécie. Pode existir um desconforto ou risco mínimos para você que se submete à coleta de dados, pois por alguma questão poderá abordar algo que você considere delicado. Se necessário, você receberá a assistência integral e imediata. A pesquisa se justifica pelo benefício do resultado que será obtido, pois através deste se buscará propor um modelo de cuidado espiritual/religioso no cuidado em saúde. A participação não é remunerada e nem implicará em gastos para você. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Eles serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Caso concorde em participar desta pesquisa, clique em “aceito” no item a seguir. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/CAAE nº 37438820.1.0000.5282. Em caso de dúvidas, você poderá solicitar mais esclarecimentos ao pesquisador responsável Leandra da Silva Paes, por e-mail lepaes80@yahoo.com.br ou telefone (21) 908002451. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES E ESCALA DE
ESPIRITUALIDADE***Título da Pesquisa:***A Espiritualidade e a Religiosidade em diferentes segmentos religiosos e suas interfaces
com o HIV/Aids, um estudo de Representação Social**

Instrumento nº _____ Data: ____/____/____

Deverá ter o número do questionário correspondente

Segmento Religioso: _____

1. COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRE**1.1 Evocação de HIV/Aids**

O participante do estudo deverá ser orientado a fornecer três palavras que lhes vêm imediatamente à mente em relação à seguinte expressão indutora: **HIV/Aids**.

Ordem	Evocação
1	
2	
3	

1.2 Evocação de Pessoas com HIV/Aids

O participante do estudo deverá ser orientado a fornecer três palavras que lhes vêm imediatamente à mente em relação à seguinte expressão indutora: Pessoas com HIV/Aids

Ordem	Evocação
1	
2	
3	

1.3 Evocação de Religiosidade

O participante do estudo deverá ser orientado a fornecer três palavras que lhes vêm imediatamente à mente em relação à seguinte expressão indutora: **Religiosidade.**

Ordem	Evocação
1	
2	
3	

1.4 Evocação de Espiritualidade

O participante do estudo deverá ser orientado a fornecer Três palavras que lhes vêm imediatamente à mente em relação à seguinte expressão indutora: **Espiritualidade.**

Ordem	Evocação
1	
2	
3	

PARTE 2. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

1. Sexo: F () M () 2. Idade: _____

3. Escolaridade: _____

4. Qual a sua frequência de participação nas atividades da sua instituição religiosa ?

() Participo de TODAS as atividades

() Participo de QUASE todas as atividades

() Participo da METADE das atividades

() Participo de QUASE nenhuma das atividades

() Participo de NENHUMA das atividades

5. Já possuiu alguma outra religião, antes desta? () Sim () Não

Se sim, qual:

() Católica

() Espírita Kardecista

() Candomblé

() Evangélica

() Umbanda

Outra religião, especificar: _____

6. Frequenta outra comunidade religiosa, além desta? Sim Não

Se sim, qual:

Católica

Espírita Kardecista

Candomblé

Evangélica

Umbanda

Outra religião, especificar: _____

COLETA DE ESCALA DE ESPIRITUALIDADE

Parte 3 - ESCALA - Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana

2. Uma vez por semana

3. Duas a três vezes por mês

4. Algumas vezes por ano

5. Uma vez por ano ou menos

6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia

2. Diariamente

3. Duas ou mais vezes por semana

4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

2. ROTEIRO DE ENTREVISTA

HIV/Aids

Qual a lembrança mais antiga do HIV ou da Aids que você tem?

Quais imagem o HIV ou a Aids tem para vc?

Justifique

Quais os sentimentos você tem relação ao HIV ou a Aids?

Como você acha que pode se proteger do HIV aids?

Quais sentimentos você tem em relação a pessoa com HIV?

Durante esses anos a Aids foi classificada como castigo divino, cancer gay etc qual sua opinião sobre essas afirmações?

Você acredita na cura da Aids?

Já ouviu falar em algum caso de cura da Aids através de preces, oração ou trabalho (adaptar a religião)

Quais imagens o HIV e a Aids tem para sua religião?

Justifique

Qual a lembrança mais antiga do HIV ou da Aids dentro da religião?

O que é a HIV ou Aids para você? Onde você busca informações sobre?

Você sabe como pode adquirir e como se prevenir?

Na sua opinião como o HIV ou a Aids surgiu no mundo?

Justifique

PVHA

Descreva uma pessoa com o vírus da Aids?

De um modo geral na sua opinião como as pessoas se contaminam com o vírus?

O que você diria para uma pessoa que abandona o tratamento porque acredita no milagre?

Você já teve contato com alguma pessoa portadora de HIV dentro da sua comunidade religiosa? Se sim como foi o comportamento atitude da comunidade religiosa

Como ela era

Participava de algum cargo de liderança

Qual o desfecho

Como sua comunidade religiosa lida com a pessoa portadora do HIV?

Como a sua religião vê o HIV ou a Aids? E como seu líder religioso vê o HIV ou a Aids na sua opinião?

Há alguém da sua comunidade religiosa é portadora do HIV? Você tem alguma proximidade com ela? Qual sua opinião sobre ela?

Na sua opinião qual a importância da sua religião na vida de uma pessoa que tem HIV aids?

Qual a importância Deus/orixás na vida dessas pessoas?

A partir de sua religião o que você falaria para uma pessoa com a HIV aids?

ANEXO – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A espiritualidade e a religiosidade e suas interfaces com as representações do HIV/Aids para pessoas que vivem com o HIV, os profissionais que deles cuidam e diferentes grupos religiosos

Pesquisador: VIRGINIA PAIVA FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37438820.1.0000.5282

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.398.887

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como objeto de estudo "as representações sociais da espiritualidade e da religiosidade e suas interfaces com as representações sociais do HIV/Aids para pessoas HIV positivas, integrantes de grupos religiosos e profissionais de saúde" sem coparticipação institucional.

Apresenta como Questões Norteadoras: "Não apresenta".

Abordagem metodológica: "Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quanti-qualitativa, com suporte da teoria das representações sociais. A escolha por um estudo quanti-qualitativo ocorreu pela necessidade de utilização de métodos mistos unindo as duas abordagens da teoria das representações sociais, estrutural e processual, na mesma investigação, pois essa combinação de métodos oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos, como os enfrentados pela enfermagem e saúde (SANTOS et al, 2017), sendo ambas as abordagens necessárias para a compreensão do fenômeno presente no estudo proposto".

Campo / cenário: "O panorama mundial resultante da pandemia da COVID-19, causada pelo Coronavírus, levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a recomendar medidas específicas para conter a propagação do vírus, entre elas, o distanciamento social. Estas medidas afetaram atividades acadêmicas e de pesquisa que na medida do possível tiveram que passar a ser realizadas através de plataformas virtuais. Desta forma, o cenário de estudo será o ambiente

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br