

## RELIGIOSIDADE, ENFRENTAMENTO E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS<sup>1</sup>

Juliana Bernardes de Faria\*  
Eliane Maria Fleury Seidl#

**RESUMO.** O estudo investigou o poder de predição das variadas estratégias de enfrentamento, incluindo o enfrentamento religioso (ER), escolaridade e condição de saúde (assintomático ou sintomático) em relação ao bem-estar subjetivo (afeto positivo e negativo), em 110 pessoas HIV+, 68,2% das quais eram homens, com idades entre 21 e 60 anos. Os instrumentos incluíram questionários elaborados para o estudo, Escala de Afetos Positivos e Negativos, Escala Modos de Enfrentamento de Problemas e Escala Breve de Enfrentamento Religioso. Análises-padrão de regressão múltipla indicaram que enfrentamento focalizado na emoção (preditor negativo), enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento religioso positivo foram preditores do afeto positivo, com 30% de variância explicada. Em relação ao afeto negativo, observou-se contribuição do enfrentamento focalizado na emoção e do enfrentamento focalizado no problema (preditor negativo), totalizando 36% de explicação da variância. Os achados contribuem para melhor compreensão dos possíveis efeitos das diversas modalidades de enfrentamento sobre o bem-estar subjetivo, especialmente em pessoas soropositivas.

**Palavras-chave:** religiosidade, enfrentamento, HIV/Aids.

## RELIGIOSITY, COPING AND WELL-BEING IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

**ABSTRACT.** The main objective of this study was to investigate some modalities of coping, including the religious coping (RC), educational level and health condition (symptomatic or asymptomatic to aids) that predict positive and negative affect in sample consisted of 110 HIV positive patients, 68,2% males, between 21 and 60 years old. Proceedings included the assisted application of sociodemographic, medical-clinical and religious beliefs and practices questionnaires, the Positive and Negative Affect Scale, the Ways of Coping Scale and the Brazilian version of the BriefRCOPE. Multiple regression analysis indicated that the emotion-focused coping was the strongest (negative) predictor, followed by problem-focused coping (8%) and positive RC (2%) which explained a total of 30% (adjusted) of variance of positive affect. As to negative affect, the emotion-focused coping and problem-focused coping (negative) making 36% (adjusted) of the explained variance. These results may be used for interventions with patients and their families concerning the possible effects of coping and positive and negative RC in the illness-health process.

**Key words:** Religiosity, coping, HIV/AIDS.

Os autores distinguem religiosidade de espiritualidade, sendo que a primeira pode ser definida como adesão a crenças e a práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada; enquanto espiritualidade é a relação estabelecida por uma pessoa com uma força superior na qual ela acredita (Lukoff, 1992). Em contextos de cuidados à saúde, observa-se alusão freqüente à influência de aspectos religiosos como auxiliares na cura e no tratamento de enfermidades. Com base em estudos diversos, observa-se que pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem e

recorrem muitas vezes a Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los (Pargament, 1990). Estratégias cognitivas ou comportamentais para lidar com eventos estressores, advindas da religião ou da espiritualidade da pessoa, são denominadas de enfrentamento religioso (ER), segundo Tix e Frazier (1998).

Ao revisar a literatura sobre prevalência de ER, Pargament (1997) concluiu que nem todas as pessoas usam estratégias relativas à religiosidade em seu processo de enfrentamento, sendo mais propensas a utilizá-las aquelas cujas crenças e práticas religiosas

<sup>1</sup> Apoio: Capes e CNPq.

\* Psicóloga, Mestre em Psicologia e Especialista em Bioética pela Universidade de Brasília.

# Psicóloga, Doutora em Psicologia e Docente do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

são parte relevante de seus valores e orientação geral no mundo.

### RELIGIOSIDADE E ENFRENTAMENTO

Enfrentamento pode ser definido como “esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais” (Folkman, Lazarus, Gruen & De Longis, 1986, p. 572). Pargament e cols. (1998) ressaltam a necessidade de distinguir quando a religiosidade constitui ajuda ou obstáculo ao alcance de resultados adaptativos no processo de enfrentamento. Um modelo desenvolvido por Pargament, Smith, Koenig e Perez (1998) identificou padrões positivos e negativos de enfrentamento religioso, examinando suas implicações para a saúde. Características do ER consideradas representativas do padrão positivo são, por exemplo, busca de apoio espiritual, perdão religioso, enfrentamento religioso colaborativo, ligação espiritual e redefinição benevolente do estressor. O padrão negativo foi caracterizado por descontentamento religioso, presença de conflitos interpessoais com membros do grupo religioso e de dúvidas sobre os poderes de Deus para interferir na situação estressora. Pargament e cols. (1998) observaram que o padrão positivo de ER associou-se ao crescimento psicológico e espiritual, à avaliação positiva da qualidade de vida e à redução de sintomas sugestivos de problemas emocionais. Já o padrão negativo correlacionou-se com sintomas de depressão.

Siegel, Anderman e Schrimshaw (2001), por sua vez, destacaram o papel da religião na facilitação do acesso a redes de suporte e de integração social nas instituições religiosas e suas congregações. Complementarmente, Ellison (1994) observou que certas pessoas costumam recorrer a instituições religiosas em tempos de doenças severas, pelo fato de elas estarem historicamente identificadas com a oferta de apoio emocional, prática assistencial e caridade aos enfermos e necessitados.

### BEM-ESTAR SUBJETIVO, ENFRENTAMENTO E RELIGIOSIDADE

O bem-estar subjetivo (BES) refere-se ao que as pessoas pensam e sentem em relação à própria vida. Essa avaliação ocorre quando a pessoa faz julgamentos sobre sua vida como um todo ou sobre aspectos específicos – como condições de saúde, lazer ou

trabalho –, incluindo também componentes afetivos (Diener, 1984). Assim, Diener (1994) considera que são componentes do BES a satisfação com a vida, o afeto positivo ou prazeroso e o afeto negativo ou desprazeroso. Os componentes afetivos do BES referem-se à presença de afetos positivos em relação aos afetos desprazerosos. São caracterizados por emoções e sentimentos específicos, como alegria, exaltação, contentamento, orgulho, afeição e felicidade, no primeiro caso; culpa, vergonha, tristeza, ansiedade, preocupação, raiva, estresse, depressão e inveja, no que concerne ao afeto negativo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Estudos têm investigado relações entre BES, enfrentamento e religiosidade. Pargament, Tarakeshwar, Ellison e Wulff (2001), em pesquisa com amostra composta de integrantes da Igreja Presbiteriana, verificaram que a utilização de ER positivo esteve associada a escores maiores de afeto prazeroso, enquanto que o ER de padrão negativo esteve correlacionado a índices mais elevados de afeto desprazeroso.

### ENFRENTAMENTO RELIGIOSO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

O interesse na pesquisa sobre as relações entre religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas com HIV/aids deve-se ao fato de a vivência da soropositividade vir acompanhada de aspectos clínicos, sociais e psicológicos que podem acarretar sofrimento físico e psíquico. Além disso, a percepção de não ter controle sobre a doença – sem cura, muitas vezes ainda percebida como sinônimo de morte e altamente estigmatizante – pode remeter a conteúdos religiosos no processo de enfrentamento, com possibilidade de influências diversas sobre o bem-estar subjetivo.

A aids é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e se caracteriza pela existência de duas fases clínicas predominantes: a assintomática e a sintomática. A primeira é o período da ausência de sintomas, que antecede o comprometimento imunológico; a fase sintomática caracteriza-se por situação de imunodeficiência grave, com aparecimento de complicações clínicas gerais e infecções oportunistas (Lima, Kiffer, Uip, Oliveira, & Leite, 1996). O tratamento é realizado com medicamentos para o controle das infecções oportunistas, exames clínicos e laboratoriais para o controle da evolução da doença e utilização de terapia combinada, usualmente com três drogas anti-retrovirais (ARV).

Não obstante a melhora das condições de saúde e da qualidade de vida de pessoas soropositivas em tratamento anti-retroviral, dados indicam que a incidência de depressão é observada em mais de 50% dos pacientes HIV positivos, em algum momento da trajetória da doença (Ministério da Saúde, 2000). Aspectos psicológicos positivos também têm sido associados à soropositividade, como a descoberta da vontade de viver, a percepção de sentido na vida, a redefinição de relações pessoais, a reavaliação da opinião sobre a morte, e a descoberta de novas relações com a natureza, com Deus e com poderes tidos como superiores (Dunbar, Mueller, Medina & Wolf, 1998).

Estudo realizado com adultos soropositivos norte-americanos por Siegel e Schrimshaw (2002) investigou os benefícios percebidos na utilização do enfrentamento religioso. Os participantes relataram uma variedade de benefícios provenientes de suas crenças e práticas dessa natureza, incluindo: favorecimento de emoções e sentimentos de conforto, sensação de força, poder e controle, disponibilidade de suporte social e senso de pertencimento, facilitação da aceitação da doença, alívio do medo e da incerteza perante a morte. Esses aspectos sugerem mecanismos potenciais de como a religiosidade pode afetar a adaptação psicológica em contextos de ameaça ou danos à saúde.

Em pesquisa com 230 mulheres soropositivas, Simoni, Martone e Kerwin (2002) verificaram que altos níveis de espiritualidade e enfrentamento religioso estavam positivamente correlacionados com a frequência de suporte social recebida. Em outro estudo com metodologia qualitativa, Barroso (1997) estudou adultos norte-americanos que viviam com HIV/aids. A reconstrução da vida foi um processo apoiado na normalização (tornar o cotidiano o mais normal possível, considerando-se os padrões de vida anteriores à doença), incluindo cuidar de si, manter relações com outras pessoas e com poderes superiores/divinos e transcender à doença, ou seja, superar as grandes dificuldades provenientes da soropositividade, não deixando que a vida estivesse focalizada apenas na aids.

Não obstante, os estudos nem sempre apontam para efeitos positivos do ER no processo de enfrentamento. Jenkins (1995) apresentou resultados que ressaltaram controvérsias sobre as influências da religiosidade no lidar com a aids, em momento histórico no qual não havia tratamento eficaz para essa enfermidade. Um grupo de 422 pessoas soropositivas respondeu a questionário com o objetivo de investigar o enfrentamento religioso, com base nos estilos de ER

descritos por Pargament e cols. (1988). Observou-se que 41% dos participantes utilizavam predominantemente o estilo denominado autodirigido (responsabilidade pela resolução de problemas é atribuída ao indivíduo), 42% usavam o estilo delegante (responsabilidade pela resolução de problemas é atribuída a Deus) e 18% o colaborativo (tal responsabilidade é atribuída tanto à pessoa como a Deus). Entre os que usavam mais o estilo delegante predominaram pessoas em estágios mais avançados da doença. O autor considerou que esse estilo poderia levar a uma atitude menos ativa nos cuidados com a própria saúde, em função da transferência do *locus* de responsabilidade da própria pessoa para entes divinos.

Em estudo brasileiro, Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) investigaram os preditores da qualidade de vida em pessoas soropositivas, incluindo entre as variáveis antecedentes modalidades de enfrentamento. Verificou-se que estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (manejo, reavaliação positiva e ressignificação do estressor) e busca de práticas religiosas foram utilizadas com maior frequência, em comparação às estratégias focalizadas na emoção (esquiva e/ou negação, expressão de emoções negativas e culpabilização, entre outras). No entanto, apenas busca de práticas religiosas não foi significativa nos modelos que indicaram os preditores da qualidade de vida.

Nessa perspectiva, torna-se relevante investigar melhor a influência da religiosidade nos modos de lidar com a soropositividade. Na presente pesquisa, focalizou-se o papel da religiosidade no processo de enfrentamento, considerando-se a necessidade de pesquisas junto à população brasileira, devido às características socioculturais e religiosas específicas. Os objetivos do estudo foram: (1) descrever padrões de crenças e de práticas religiosas, bem como de utilização de ER; (2) investigar os preditores do bem-estar subjetivo (afetos positivo e negativo) entre as variáveis escolaridade, condição de saúde (sintomático ou assintomático) e estratégias de enfrentamento em pessoas soropositivas.

## MÉTODOS

### Participantes

A amostra foi composta de 110 pessoas adultas vivendo com HIV/Aids, residentes no Distrito Federal. Pacientes internados ou com menos de dois meses de diagnóstico não foram incluídos, pois o impacto psicológico dessas situações recentes poderia influenciar negativamente as respostas. Os pacientes

estavam em acompanhamento em dois serviços de saúde para tratamento de HIV/aids do Distrito Federal. A caracterização sociodemográfica e médico-clínica dos participantes está apresentada na seção Resultados.

### Instrumentos

Trata-se de estudo de corte transversal, incluindo a aplicação de questionários elaborados para o estudo e de instrumentos previamente validados para a população brasileira, à exceção da Escala Breve de Enfrentamento Religioso, cujos procedimentos de adaptação para a língua portuguesa e análise fatorial precederam as análises descritivas e multivariadas da presente pesquisa.

*Questionários sociodemográfico e médico-clínico:* são roteiros estruturados referentes a variáveis como sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, situação empregatícia, renda familiar, ano de conhecimento do diagnóstico de retrovírose, condição de saúde relacionada à aids (sintomática ou assintomática), uso de terapia anti-retroviral e percepção do estado atual de saúde. Foram baseados em instrumentos construídos por Seidl e cols. (2005).

*Questionário sobre crenças e práticas religiosas:* é um roteiro de entrevista estruturado construído para o estudo, com treze questões, versando sobre afiliação religiosa, história pessoal e familiar religiosa, frequência de práticas religiosas públicas (práticas em locais de culto), frequência de práticas religiosas privadas (rezar, orar e meditar fora de igrejas ou locais de culto religioso), percepção da influência da religiosidade na saúde, utilização da religiosidade para lidar com problemas de saúde, revelação do diagnóstico para pessoas do grupo religioso.

*Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP):* foi utilizado o instrumento validado por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) para identificar as estratégias de enfrentamento que o paciente utilizava em relação à soropositividade. A escala é composta de 45 itens, distribuídos em quatro fatores: (1) enfrentamento focalizado no problema (18 itens;  $\alpha = 0,84$ ), estratégias comportamentais que representam aproximação em relação ao estressor, voltadas para o seu manejo ou solução, bem como estratégias cognitivas direcionadas para a reavaliação e a resignificação do problema; (2) enfrentamento focalizado na emoção (15 itens;  $\alpha = 0,81$ ), estratégias cognitivas e comportamentais de esquiva e/ou negação, expressão de emoções negativas, pensamento fantasioso, autoculpabilização e/ou culpabilização de outros, com função paliativa ou de afastamento do problema, (3) busca de práticas

religiosas/pensamento fantasioso (7 itens;  $\alpha = 0,74$ ), comportamentos religiosos e/ou pensamentos fantasiosos como modos de enfrentamento e manejo do estressor; (4) busca de suporte social (5 itens;  $\alpha = 0,70$ ), procura de apoio social emocional ou instrumental para ajudar a lidar com o problema. Respostas são dadas em escala Likert de 5 pontos (1 = nunca faço isso; 5 = faço isso sempre). Escores mais elevados são indicativos da maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento. Análise fatorial exploratória e da consistência interna dos fatores mostrou que a estrutura fatorial da EMEP foi replicada nessa amostra específica, com  $\alpha$ s de Cronbach variando entre 0,83 e 0,65.

*Escala Breve de Enfrentamento Religioso:* baseada no BriefRCOPE (14 itens, 2 fatores,  $\alpha$ s de 0,87 a 0,69), desenvolvida por Pargament, Koenig e Perez (2000), com o objetivo de avaliar a utilização e o papel da religiosidade no processo de enfrentamento. Na adaptação para a língua portuguesa, foi realizada tradução reversa, análise semântica, teste-piloto e análise da estrutura fatorial. A estrutura encontrada replicou a escala original, com manutenção do número de itens e fatores, utilizando-se o método dos fatores principais, rotação ortogonal, itens com cargas fatoriais superiores a 0,30. O participante foi orientado a responder ao instrumento em relação à condição de soropositividade. As respostas foram dadas em escala Likert de quatro pontos (1 = nunca; 4 = quase sempre). Os escores variaram de 1 a 4, obtidos pela média aritmética. A versão brasileira, tal como a norte-americana, é composta de dois fatores: (1) enfrentamento religioso de padrão positivo (7 itens;  $\alpha = 0,87$ ; 27,64% de variância explicada): religiosidade como fonte de amor, cuidado, força, ajuda, purificação e resignificação positiva do estressor; (2) enfrentamento religioso de padrão negativo (7 itens;  $\alpha = 0,71$ ; 15,45% de variância explicada): religiosidade como fonte de conflito intra e/ou interpessoal, sentimentos de culpa e punição, insegurança e resignificação negativa do estressor.

*Escala de Afetos Positivos e Negativos:* utilizou-se uma versão da escala PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) adaptada para o português por Giacomoni e Hutz (1997). Considerando-se os objetivos do estudo, optou-se por utilizar parte do instrumento, relativa aos componentes afetivos do BES, composto de 40 itens subdivididos em dois fatores: 20 referentes ao afeto positivo ( $\alpha = 0,90$ ) e 20 ao afeto negativo ( $\alpha = 0,90$ ). O afeto positivo representa “quanto uma pessoa está se sentindo entusiástica, ativa e

alerta, enquanto o afeto negativo é uma dimensão geral de angústia e de insatisfação que inclui uma variedade de estados de humor aversivos, como raiva, culpa, desgosto e medo” (Giacomoni, 2002, p. 30). O participante foi orientado a avaliar como tinha se sentido ultimamente, tendo como referência a sua vida como um todo, não se detendo apenas no seu estado de saúde. As respostas foram dadas em escala Likert de 5 pontos (1 = muito pouco; 5 = extremamente) para cada um dos 40 sentimentos listados na escala. A investigação da estrutura fatorial e dos índices de consistência interna com a amostra de pessoas soropositivas mostrou a estabilidade do instrumento; no entanto, quatro itens (dois de cada fator) foram excluídos, por apresentarem cargas fatoriais inferiores a 0,35. Assim, o instrumento manteve-se com dois fatores: afeto positivo (18 itens;  $\alpha = 0,91$ ) e afeto negativo (18 itens;  $\alpha = 0,90$ ). Optou-se pela composição dos escores dos afetos positivo e negativo para as análises estatísticas subsequentes com base na solução fatorial obtida com a amostra de pessoas soropositivas.

### Procedimentos

O convite aos pacientes foi feito em salas de espera em dias de consulta médica ou atendimento psicológico, ou quando estavam no serviço para busca de medicamentos ARV na farmácia. Foram aplicados os instrumentos, em atendimentos individuais, na seguinte ordem: questionário sociodemográfico, questionário médico-clínico, Escala de Afetos Positivos e Negativos, EMEP, Escala Breve de Enfrentamento Religioso e questionário sobre crenças e práticas religiosas. A forma de preenchimento das escalas foi explicada lendo-se, em voz alta, as instruções de cada instrumento; e o participante os respondia mediante aplicação assistida de um dos pesquisadores.

Estudos dessa natureza podem explicitar demandas de atendimento que aparecem no momento da coleta de dados. Foram disponibilizadas informações, orientação e referência para atendimento médico, psicológico e/ou social em serviço qualificado, quando necessário.

### Análise dos dados

Primeiramente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados, no intuito de identificar omissões de respostas, casos extremos univariados e multivariados, presença de singularidade e multicolinearidade entre as variáveis. Em seguida, procedeu-se às análises estatísticas descritivas das variáveis do estudo.

Posteriormente, foi realizada análise fatorial exploratória da Escala Breve de Enfrentamento Religioso, bem como das demais escalas, para investigação da estrutura fatorial na amostra específica. As análises estatísticas subsequentes incluíram ainda testes bivariados (ANOVA e qui-quadrado) e multivariados (regressão múltipla padrão) para verificação da associação entre as variáveis antecedentes e critério.

## RESULTADOS

### Caracterização sociodemográfica dos participantes

A maioria ( $n = 75$ ; 68,2%) era do sexo masculino. A idade variou entre 21 e 60 anos ( $M = 37,2$ ;  $DP = 8,2$ ). Quanto ao grau de escolaridade, 43,1% dos pacientes haviam cursado, no máximo, o ensino fundamental completo, e 50%, o ensino médio completo ou incompleto.

No que se refere à situação conjugal, 35 pessoas (31,8%) viviam com esposo/a ou companheiro/a e 75 (68,2%) viviam sem parceiro/a. Sobre a orientação sexual, a amostra foi constituída por uma maioria de pessoas heterossexuais (64,5%). Em relação à situação empregatícia, 28,2% declararam ter emprego fixo e 20,9% trabalhavam como autônomos. Por sua vez, quase a metade da amostra não estava trabalhando: 18,2% estavam desempregados, 21,8% aposentados e 8,2% recebiam benefício continuado. Mais da metade dos participantes possuía renda familiar de até dois salários-mínimos (50,5%).

### Caracterização médico-clínica

Houve freqüência maior de soropositivos sintomáticos (61,8%) em comparação com os 38,2% de pessoas assintomáticas. Quanto ao uso de ARV, 90% da amostra estava realizando esse tipo de tratamento ( $n=99$ ). É importante lembrar que essa proporção foi influenciada pelo fato de a coleta ter sido feita com pessoas que estavam vinculadas a unidades de referência de tratamento para HIV/aids. Noventa e dois pacientes (93%) perceberam sua adesão aos ARVs como boa ou muito boa.

Foi perguntado ainda como percebiam sua condição de saúde geral: 39,1% classificaram sua saúde como muito boa; 40,9% como boa; 16,4% como regular e apenas quatro pessoas como precária ou ruim. Esses resultados refletem as boas condições de saúde das pessoas soropositivas que compuseram a amostra.

### Caracterização quanto à religiosidade

A quase-totalidade da amostra (99,1%) relatou ter crença religiosa, 76,6% declararam-se afiliados a uma religião ou doutrina específica e 22,7% referiram crenças não relativas a qualquer religião ou doutrina (crenças religiosas não institucionalizadas). Das 84 pessoas que declararam ter religião, 56,0% eram católicas, 32,1% evangélicas (distribuídas em mais de dez tipos de congregações diferentes) e 11,9% espíritas.

Ao fazer uma estimativa das práticas religiosas públicas nos últimos três meses, 51,8% dos pacientes declararam frequência alta de ida à igreja ou a locais de culto (de uma a sete vezes por semana), 33,6%, uma frequência baixa (de uma a seis vezes por mês). Quanto às práticas privadas, a maioria dos participantes (59,1%) afirmou praticar privadamente a religião todos os dias, às vezes, mais de uma vez por dia. Sobre a frequência de práticas religiosas após o diagnóstico, 47,7% disseram que esta aumentou, enquanto 48,6% informaram que não houve modificação. Pesquisou-se, ainda, o impacto do diagnóstico de sorologia positiva para HIV na afiliação religiosa, mostrando que em 21% dos casos houve referência à mudança de religião ou de crença.

Quando perguntadas se acreditavam que a religiosidade poderia influenciar seu estado de saúde, 78,2% dos pacientes disseram que influenciava positivamente e uma minoria (18,2%) afirmou não influenciar. O percentual aumentou para 90% da amostra no que concerne à resposta positiva, quando foi perguntado se acreditavam que a religiosidade poderia ajudá-los a lidar com os problemas de saúde ou doenças. Para aqueles que afirmaram que a religiosidade ajudava a lidar com problemas desse tipo ( $n = 99$ ), foi apresentada uma lista de nove afirmativas referentes a maneiras como isto ocorreria, embasada em resultados do estudo de Siegel e Schrimshaw (2002). A instrução foi que assinalassem as afirmativas que ilustravam as formas como a religiosidade ajudava a lidar com problemas de saúde. Os resultados estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Maneiras como a Religiosidade pode Auxiliar no Enfrentamento de Problemas de Saúde ( $n = 99$ ), com Base no Estudo de Siegel e Schrimshaw (2002)

Religiosidade e enfrentamento	Sim		Não	
	n	%	n	%
Traz emoções positivas e sentimentos de conforto	87	87,9	12	12,1
Oferece apoio espiritual mediante uma relação com Deus	82	82,8	17	17,2
Facilita a aceitação da doença em minha vida	77	77,8	22	22,2
Oferece força e sensação de controle	74	74,7	25	25,3
Diminui o impacto emocional causado pela doença	73	73,7	26	26,3
Ajuda a preservar a minha saúde	66	66,7	32	33,3
Alivia o medo da morte	52	52,5	46	47,5
Reduz o sentimento de culpa	45	45,5	53	54,5
Oferece apoio social (ajuda de outras pessoas)	37	37,4	62	62,6

Houve maior utilização de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ( $M = 3,90$ ;  $DP = 0,66$ ), seguida de busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso ( $M = 3,66$ ;  $DP = 0,91$ ) e busca de suporte social ( $M = 2,81$ ;  $DP = 1,04$ ) e menor uso de estratégias focalizadas na emoção ( $M = 2,01$ ;  $DP = 0,70$ ). A associação entre as estratégias de enfrentamento, por meio de correlação de Pearson, mostrou que houve correlação positiva moderada entre enfrentamento focalizado no problema com busca de práticas religiosas ( $r = 0,33$ ;  $p \leq 0,01$ ) e com busca de suporte social ( $r = 0,26$ ;  $p \leq 0,01$ ). Isso sugere associação de busca de práticas religiosas com estratégias de enfrentamento mais ativas, voltadas para o manejo e nova maneira de perceber o problema.

Quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas de diferentes religiões, incluindo aquelas que apresentavam crenças não institucionalizadas, observou-se, por meio do teste de comparação de médias (*pos hoc Scheffé*), que apenas busca de práticas religiosas apresentou diferença significativa ( $F = 4,31$ ;  $p \leq 0,05$ ), com escores mais elevados apresentados por evangélicos, seguidos de católicos.

### Enfrentamento religioso

Houve maior utilização de estratégias de enfrentamento religioso do padrão positivo ( $M = 3,33$ ;  $DP = 0,71$ ) do que do negativo ( $M = 1,53$ ;  $DP = 0,56$ ). Foi investigada a associação entre esses dois padrões de ER, mostrando que não houve correlação significativa entre eles ( $r = 0,15$ ;  $p = 0,11$ ). Isso sugere que os participantes referiram uso de estratégias de ER positivo independentemente da utilização de ER negativo.

Quanto aos padrões de enfrentamento religioso utilizados por pessoas de diferentes religiões, observaram-se diferenças significativas entre as médias de ER positivo ( $F = 4,36$ ;  $p \leq 0,05$ ) do grupo de evangélicos em comparação aos indivíduos com crenças não vinculadas a uma religião específica. ER negativo não mostrou diferença significativa ( $F = 2,36$ ;  $p = 0,07$ ).

### Bem-estar subjetivo: afetos positivo e negativo

Os valores das médias indicaram que os escores de afeto positivo ( $M = 3,11$ ;  $DP = 0,74$ ) foram mais elevados em comparação com o afeto negativo ( $M = 1,95$ ;  $DP = 0,70$ ), sugerindo que as pessoas tenderam a apresentar, no momento em que responderam à pesquisa, mais emoções positivas do que negativas. Observou-se diferença estatística significativa nas médias do afeto negativo entre pessoas com níveis menores e maiores de escolaridade

( $F = 5,84$ ;  $p \leq 0,05$ ): pessoas com escolaridade até o ensino médio incompleto obtiveram escore médio mais alto em afeto desprazeroso do que aquelas com ensino médio completo ou superior. Quanto à condição de saúde relacionada à soropositividade, observou-se associação significativa discreta tanto com afeto positivo ( $F = 4,56$ ;  $p \leq 0,05$ ) como negativo ( $F = 4,26$ ;  $p \leq 0,05$ ). Dessa maneira, pessoas em condição assintomática tiveram escores mais altos, em média, na escala de afetos positivos e mais baixos em afetos negativos, se comparadas a pacientes sintomáticos.

Quanto aos escores obtidos por pessoas de distintas religiões, não foram observadas diferenças significativas entre as médias de afeto positivo ( $F = 1,27$ ;  $p = 0,29$ ) e de afeto negativo ( $F = 0,37$ ;  $p = 0,77$ ).

### Preditores dos afetos positivo e negativo

Para a investigação dos preditores dos afetos positivo e negativo, foram realizadas análises de regressão múltipla padrão, considerando como variáveis antecedentes enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado na emoção, busca de suporte social, ER positivo, ER negativo, escolaridade e condição de saúde relacionada à aids (sintomática *versus* assintomática). Como a variável busca de práticas religiosas obteve correlação elevada com ER positivo ( $r = 0,74$ ;  $p \leq 0,001$ ), indicando a existência de multicolinearidade entre

ambas, decidiu-se eliminá-la da análise de regressão, considerando-se que o fator ER positivo da Escala Breve de Enfrentamento Religioso permitiria uma avaliação mais adequada dessa modalidade de enfrentamento.

Os resultados relativos à variável afeto positivo indicaram que três variáveis antecedentes contribuíram de modo significativo para a sua predição: enfrentamento focalizado na emoção, o mais forte preditor (negativo), com 9% de contribuição, seguido do enfrentamento focalizado no problema, com 8%, e do ER positivo, alcançando 2% de contribuição. A variável condição de saúde (assintomático) contribuiu apenas com 1%, não obtendo significância estatística. Assim, essas quatro variáveis alcançaram 20% de variabilidade única, ou seja, a soma da contribuição de cada uma delas na explicação da variância do afeto positivo. No total, 34% (30% ajustado) da variância do afeto positivo podem ser preditos com base nos escores dessas variáveis (Tabela 2). Em outras palavras, altos escores em afeto positivo resultaram da maior utilização de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, de enfrentamento religioso positivo e da menor utilização de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, no grupo de pessoas soropositivas participantes deste estudo.

**Tabela 2.** Regressão Múltipla Padrão das Variáveis Antecedentes em Relação ao Afeto Positivo ( $N = 110$ )

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	B	$\beta$	sr <sup>2</sup>
1. Afeto positivo	-								-	-	-
2. Enf. focalizado problema	0,44	-							0,36***	0,32	0,08
3. Enf. focalizado na emoção	-0,35	-0,06	-						-0,36***	-0,34	0,09
4. Busca de suporte social	0,14	0,266	-0,02	-					0,02	0,03	0,00
5. ER positivo	0,26	0,37	0,10	0,12	-				0,19*	0,18	0,02
6. ER negativo	-0,12	-0,02	0,48	0,06	0,15	-			0,07	0,05	0,00
7. Escolaridade	0,15	0,12	-0,19	0,11	-0,08	-0,33	-		0,03	0,06	0,00
8. Condição de saúde	-0,20	-0,14	0,15	0,04	0,10	0,08	-0,07	-	-0,18	-0,12	0,01
médias	3,11	3,90	2,01	2,81	3,33	1,53	2,93	-	Intercepto = 1,68		
desvios-padrão	0,74	0,66	0,70	1,04	0,71	0,56	0,62	-	$R^2 = 0,34$ ***		
$R^2$ ajustado = 0,30											
$R = 0,58$											

\*\*\*  $p \leq 0,001$  \*  $p \leq 0,05$  variabilidade única = 20%; variabilidade compartilhada = 14%

Em relação ao afeto negativo (Tabela 3), duas variáveis foram preditores significativos: enfrentamento focalizado na emoção, com 21% de contribuição, e enfrentamento focalizado no problema, com 2%, como preditor negativo. A variável enfrentamento religioso positivo chegou a contribuir com 1% para a variância do afeto negativo, mas não atingiu significância estatística. Essas variáveis

totalizaram 24% de variabilidade única. Assim, 40% (36% ajustado) da variância do afeto negativo puderam ser preditos com base nos escores dessas duas variáveis. Em suma, a presença de afeto negativo resultou da maior utilização de estratégias focalizadas na emoção e menor emprego de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema.

**Tabela 3.** Regressão Múltipla Padrão das Variáveis Antecedentes em Relação ao Afeto Negativo ( $N = 110$ )

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	B	$\beta$	sr <sup>2</sup>
1. Afeto negativo	–										
2. Enf. focalizado problema	-0,20	–							-0,19**	-0,18	0,02
3. Enf. focalizado na emoção	0,59	-0,06	–						0,53***	0,53	0,21
4. Busca de suporte social	-0,08	0,26	-0,02	–					-0,03	-0,04	0,00
5. ER positivo	0,12	0,37	0,10	0,12	–				0,12	0,12	0,01
6. ER negativo	0,34	-0,02	0,48	0,06	0,15	–			0,06	0,05	0,00
7. Escolaridade	-0,17	-0,33	-0,19	0,11	-0,08	-0,33	–		-0,00	-0,00	0,00
8. Condição de saúde	0,19	0,08	-0,14	0,15	0,10	0,08	-0,08	–	0,10	0,07	0,00
médias	1,95	3,90	2,01	2,81	3,33	1,53	2,93	–	Intercepto = 1,16		
desvios-padrão	0,70	0,66	0,70	1,04	0,71	0,56	1,67	–	$R^2 = 0,40$ ***		
									$R^2$ ajustado = 0,36		
									$R = 0,63$		

\*\*\*  $p \leq 0,001$  \*\*  $p \leq 0,01$  variabilidade única = 24%; variabilidade compartilhada = 16%

## DISCUSSÃO

A caracterização médico-clínica dos participantes revelou a melhoria das condições de saúde de pessoas soropositivas, consequência da disponibilização universal e gratuita do tratamento com ARV no Brasil, com a grande maioria da amostra fazendo uso e tendo acesso a esses medicamentos. A boa adesão ao tratamento, relatada pela maioria dos pacientes, certamente é fator importante para a manutenção das boas condições de saúde referidas. É necessário ponderar, no entanto, que os participantes estavam em acompanhamento médico ambulatorial em serviços de saúde de referência, o que pode ter influenciado esse panorama favorável, não refletindo necessariamente a caracterização da epidemia no DF em uma perspectiva mais abrangente da totalidade de casos.

Quanto à religiosidade, os dados foram coerentes com os índices da população brasileira em geral, exemplo de uma cultura extremamente religiosa. No que se refere à distribuição por tipo de religião, houve consonância com levantamentos que mostram o crescimento das religiões evangélicas no país, mas ainda mantendo-se hegemônica a afiliação ao catolicismo, conforme dados do IBGE citados por Gwercman (2004).

A relação entre religiosidade e saúde ficou demonstrada nos relatos dos participantes, provavelmente pelo fato de todas as religiões citadas serem de origem judaico-cristã, com raízes históricas que enfatizam essa relação (Botelho, 1991). Não obstante Siegel e cols. (2001) apontarem a religião como importante fonte de suporte e integração social, os pacientes dessa amostra pareciam não estar usufruindo tanto dessa possível vantagem. Quando indagados sobre como a religiosidade poderia ajudar a lidar com problemas de saúde, o item menos citado

referiu-se à disponibilização do suporte social. Supõe-se que o medo do preconceito esteja dificultando a expressão sobre a condição de saúde, o que pode limitar a obtenção de apoio social de pessoas vinculadas ao grupo religioso. É possível supor, também, que a manutenção do segredo sobre a enfermidade seja uma especificidade de pessoas infectadas pelo HIV, receosas do estigma, se revelado seu diagnóstico ao grupo social ao qual pertencem. O fato de ser uma doença sexualmente transmissível, pode ser hipotetizado como um agravante do preconceito possível de ser encontrado em grupos religiosos, principalmente em congregações de origem católica ou evangélica. Essas duas religiões possuem em seus dogmas muitas restrições à expressão da sexualidade fora do casamento e entre pessoas do mesmo sexo. Nesse contexto, a revelação de um diagnóstico de soropositividade poderia ser considerada uma explicitação dessa sexualidade proibida. Essa hipótese precisa ser melhor investigada por meio de estudos de caso, por exemplo.

A relevância da religiosidade no processo de enfrentamento foi também evidenciada pelos resultados da EMEP que demonstraram que as estratégias mais usadas foram as focalizadas no problema, seguidas de busca de práticas religiosas e busca de suporte social e, por último, estratégias focalizadas na emoção, resultados coerentes com os de estudiosos que pesquisaram pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil (Seidl & cols., 2005). No que concerne ao enfrentamento religioso, observou-se seu uso freqüente pela maioria da amostra, em coerência com resultados de estudos com pessoas soropositivas (Simoni & cols., 2002), os quais mostraram, também, o predomínio do padrão positivo, indicador de modos mais adaptativos para lidar com estressores. O padrão positivo de enfrentamento religioso esteve associado

ainda à frequência elevada de práticas religiosas em geral, públicas e privadas, mas com distinção entre pessoas de afiliações religiosas diversas. Assim, os evangélicos apresentaram maior utilização de ER positivo do que indivíduos com crenças não institucionalizadas, talvez pelo fato de os líderes religiosos, em cultos evangélicos, incentivarem diretamente a busca de Deus e de práticas religiosas para enfrentar problemas de forma geral, fato ilustrado pelos discursos de pastores em programas televisivos nas empresas de comunicação evangélicas. De acordo com Gwercman (2004), a doutrina evangélica estabelece que “para os verdadeiros devotos nunca faltará dinheiro ou saúde” (p. 52).

Ao se analisarem as correlações entre as variáveis relevantes do presente estudo, pôde-se verificar que pessoas que fizeram uso mais freqüente de ER positivo também utilizaram mais o enfrentamento focalizado no problema, apontando a convergência do uso dessas duas modalidades de enfrentamento na amostra. Em contraposição, quem referiu maior uso de ER negativo também o fez de enfrentamento focalizado na emoção, ambos definidos como formas menos adaptativas para lidar com estressores. Esses resultados já eram esperados, tendo-se em vista as definições dessas modalidades de enfrentamento e os resultados do estudo de Pargament e cols. (1998), em que ER positivo foi associado a crescimento psicológico, avaliação positiva da qualidade de vida e redução de sintomas sugestivos de problemas emocionais, enquanto ER negativo associou-se a sintomas de depressão.

Além disso, o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e de enfrentamento religioso positivo esteve associado à expressão do afeto positivo. Assim, pessoas que lidavam com a condição de soropositividade de forma mais adaptativa e, ao fazerem uso de sua religiosidade, faziam-no de forma positiva – buscando em Deus amor, cuidado, ajuda, força e perdão – tenderam a apresentar mais sentimentos prazerosos relativos ao bem-estar subjetivo. Esses resultados são coerentes com a conclusão de outros estudos (Pargament & cols., 2001; Pargament & cols., 1998) de que seria incorreto limitar as funções da religiosidade ao enfrentamento de esquiva ou distorção de fatos reais, como forma de proteção do indivíduo contra a confrontação da realidade.

Contudo, o afeto negativo foi mais freqüente em pessoas que relataram uso maior de estratégias focalizadas na emoção e de ER negativo. Como esses modos de lidar com a soropositividade parecem

indicativos de problemas emocionais, ressalta-se a necessidade de maior atenção das equipes de saúde para esses casos, e eventualmente a disponibilidade de acompanhamento psicológico, com o objetivo de trabalhar os aspectos - sejam eles religiosos e/ou cognitivo-comportamentais - que estejam levando a sofrimento como resultado do processo de enfrentamento.

O principal objetivo deste trabalho permitiu chegar a conclusões quanto às variáveis explicativas das dimensões afetivas do bem-estar subjetivo na amostra pesquisada. Os resultados permitem concluir que duas categorias de enfrentamento – o focalizado na emoção e o focalizado no problema – têm influência relevante sobre o bem-estar subjetivo em pessoas soropositivas, o que corrobora os resultados de Seidl e cols. (2005), em estudo sobre enfrentamento e qualidade de vida. Em suma, evidenciou-se a importância, para o bem-estar subjetivo do paciente, da adoção de formas de lidar com a soropositividade voltadas para o manejo de estressores, em detrimento de outras modalidades de cunho paliativo ou de afastamento do estressor, caracterizadas por sentimentos de culpa, fuga ou esquiva.

Sobre o papel do enfrentamento religioso, os resultados encontrados são semelhantes aos do estudo sobre ER e bem-estar subjetivo conduzido por Rammohan, Rao e Subbakrisna (2002) e coerentes com a posição defendida pelo DSM IV (APA, 1994), que ressalta a importância da religiosidade como fonte de suporte emocional, mas também alerta quanto à possibilidade de ser fonte de conflito e sofrimento.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1994, 4<sup>a</sup> ed.). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Barroso, J. (1997). Reconstructing my life: Becoming a long-term survivor of AIDS. *Qualitative Health Research*, 7, 57-74.
- Botelho, J. B. (1991). *Medicina e religião: conflito de competências*. Manaus: Metro Cúbico.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dunbar, H. T., Muller, C. W., Medina, C. & Wolf, T. (1998). Psychological and spiritual growth in women living with HIV. *Social Work*, 43, 144-154.

- Ellison, C. G. (1994). Religion, the life stress paradigm, and the study of depression. In J. S. Levin (Ed.), *Religion in aging and health* (pp. 78-121). Thousand Oaks: Sage.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Giacomoni, C. H. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil: conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Giacomoni, C. H. & Hutz, C. S. (1997). A mensuração do bem-estar subjetivo: escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida [Resumos]. Em Sociedade Interamericana de Psicologia (Org.), *Anais XXXVI Congresso Interamericano de Psicologia* (p. 313). São Paulo: SIP.
- Gwercman, S. (2004). Evangélicos. *Super Interessante*, 197, 52-61.
- Jenkins, R. A. (1995). Religion and HIV: Implications for research and intervention. *Journal of Social Issues*, 51, 131-144.
- Lima, A. L. M., Kiffer, C. R., Uip, D., Oliveira, M. S. & Leite, O. M. (1996). *HIV/Aids: perguntas e respostas*. São Paulo: Atheneu.
- Lukoff, D. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 673-682.
- Ministério da Saúde (2000, 2ª ed.). *Manual de assistência psiquiátrica em HIV/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J. & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 195-224.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York, USA: The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1, 710-724.
- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J. & Stanik, P. (1998). Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 77-89.
- Pargament, K.I., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G. & Wulff, K. M. (2001). Religious coping among the religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 491-513.
- Rammohan, A., Rao, K. & Subbakrishna, D. K. (2002). Religious coping and psychological wellbeing in careers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 356-362.
- Seidl, E. M. F.; Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/aids: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18, 188 - 195.
- Siegel, K., Anderman, S. J. & Schrimshaw, E. W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, 16, 631-653.
- Siegel, K. & Schrimshaw, E. W. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 91-102.
- Simoni, J. M., Martone, M. G. & Kerwin, J. F. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for research. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 139-147.
- Tix, A. P. & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal for Consulting & Clinical Psychology*, 66, 411-422.

Recebido em 20/05/2005

Aceito em 19/12/2005

---

**Endereço para correspondência:** Juliana Bernardes de Faria. SQN 203 Bloco D, ap. 201, CEP 70833-040, Brasília-DF.  
E-mail: jubfaria@hotmail.com