



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Necessidades espirituais de pacientes HIV positivos atendidos em
um serviço de referência do Rio de Janeiro**

Leonardo Motta da Silva

RIO DE JANEIRO

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

**Necessidades espirituais de pacientes HIV positivos atendidos em
um serviço de referência do Rio de Janeiro**

Leonardo Motta da Silva

Sob a Orientação do Professor
Rogério Neves Motta

e Co-orientação da Professora
Tânia Cristina Oliveira Valente

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Infecção HIV/aids e Hepatites Virais na Área de doenças infecciosas e parasitárias.

Rio de Janeiro

2020

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

M586	<p>MOTTA DA SILVA, LEONARDO NECESSIDADES ESPIRITUAIS DE PACIENTES HIV POSITIVOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO RIO DE JANEIRO / LEONARDO MOTTA DA SILVA. -- Rio de Janeiro, 2020. 41f</p> <p>Orientador: ROGERIO NEVES MOTTA. Coorientador: TÂNIA CRISTINA DE OLIVEIRA VALENTE. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2020.</p> <p>1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 2. Religiosidade. 3. Espiritualidade. 4. Spiritual Needs Questionnaire. I. NEVES MOTTA, ROGERIO, orient. II. OLIVEIRA VALENTE, TÂNIA CRISTINA DE, coorient. III. Título.</p>
------	--

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

Leonardo Motta da Silva

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Infecção HIV/aids e Hepatites Virais na Área de doenças infecciosas e parasitárias.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM / / .

Prof. Dr. Rogério Neves Motta.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO.

Prof^a. Dr^a. Tânia C. O. Valente.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO.

Prof. Dr. Jorge Francisco da Cunha Pinto.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO.

Prof^a. Dr^a. Ana Paula Rodrigues Cavalcanti.
Universidade Federal da Paraíba/UFPB.

Prof^a. Dr^a. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. (Suplente).

Prof^a. Dr^a. Tânia C. O. Valente.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. (Suplente)

RESUMO

DA SILVA, Leonardo Motta. **Necessidades espirituais de pacientes HIV positivos atendidos em um serviço de referência do Rio de Janeiro**. 50p Dissertação (Mestrado profissional em HIV/aids e Hepatites Virais – PPGHIV/HV). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 2020.

O diagnóstico da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/aids) é acompanhado pela dificuldade de dar um novo significado à vida e ao sofrimento. Apesar do conhecimento científico ter aumentado a sobrevivência dos pacientes, dando um caráter de cronicidade à doença, a religiosidade/espiritualidade pode representar um verdadeiro suporte, melhorando a qualidade de vida dos pacientes que podem ser afetados por culpa, medo, ansiedade, depressão e ideação suicida. Assim sendo, o atendimento às necessidades espirituais é capaz de conferir apoio e resiliência para enfrentar as ameaças à sua saúde física e mental. O objetivo do presente estudo foi possibilitar a análise das necessidades espirituais de PCHIV/aids utilizando um banco de dados disponível de uma pesquisa feita em um ambulatório de referência, no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, localizado no Rio de Janeiro, em 2018. Os achados desta pesquisa apontaram diferenças significativas quanto a necessidades religiosas e de suporte familiar, sobretudo no sexo feminino; necessidades religiosas mais significativas a partir dos 50 anos; e necessidades religiosas, de paz interior e de suporte familiar. O Spiritual Needs Questionnaire, instrumento traduzido e validado para a língua portuguesa, mostrou-se adequado para a pesquisa relativa à identificação de diferenças relacionadas à espiritualidade em uma amostra de pacientes brasileiros, demonstrando sua utilidade em pesquisas relacionadas ao tema.

Palavras-chaves: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Religiosidade, Espiritualidade, Spiritual Needs Questionnaire (SpnQ).

ABSTRACT

DA SILVA, Leonardo Motta. **Spiritual needs of HIV-positive patients treated at a referral clinic in Rio de Janeiro**. 121p Dissertation (Professional Masters in HIV / aids and Viral Hepatitis - PPGHIV / HV). Center for Biological and Health Sciences, Federal University of the State of Rio de Janeiro, RJ, 2020.

The diagnosis of Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV / AIDS) is accompanied by the difficulty of giving a new meaning to life and suffering. Although scientific knowledge has increased patient survival, giving the disease a chronic character, religiosity / spirituality can represent a real support, improving the quality of life of patients who may be affected by guilt, fear, anxiety, depression and ideation suicidal. Therefore, meeting spiritual needs is able to provide support and resilience to face threats to your physical and mental health. The aim of the present study was to enable the analysis of the spiritual needs of PCHIV / aids using a database available from a research carried out in a reference outpatient clinic, at the Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, located in Rio de Janeiro, in 2018. The findings from this research, they pointed out significant differences regarding religious and family support needs, especially among women; most significant religious needs from the age of 50; and religious, inner peace and family support needs. The Spiritual Needs Questionnaire, an instrument translated and validated into the Portuguese language, proved to be suitable for research related to the identification of differences related to spirituality in a sample of Brazilian patients, demonstrating its usefulness in research related to the theme.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Religiosity, Spirituality, Spiritual Needs Questionnaire SpnQ.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas dos participantes.....	16
Tabela 2 – Necessidades espirituais de pacientes convivendo com HIV/aids acompanhados no ambulatório de aids do HUGG – 2018.....	18
Tabela 3 - Comparação entre as necessidades espirituais de pacientes HIV positivos atendidos em um ambulatório de referência no Rio de Janeiro em relação às características pesquisadas.....	23

LISTA DE ABREVIACOES

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

HUGG - Hospital Universitário Gaffre e Guinle

NE - Necessidades Espirituais

PCHIV - Pessoa Convivendo com o *Human Immunodeficiency Virus*

R/E - Religiosidade/Espiritualidade

SpNQ - *Spiritual Needs Questionnaire*

UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

WHOQOL-HIV - *World Health Organization's Quality of Life Instrument in Human Immunodeficiency Virus*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 JUSTIFICATIVA.....	10
..	
3 OBJETIVO.....	14
4 MATERIAL E MÉTODO.....	15
5 RESULTADOS.....	16
6 DISCUSSÃO.....	23
7 CONCLUSÃO.....	29
8 REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO.....	39

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/aids) é marcado por um conjunto de sentimentos, atitudes e práticas que revelam a dificuldade de dar um novo significado à vida e ao sofrimento (ESPÍRITO SANTO et al., 2003). A evolução do conhecimento científico sobre a doença aumentou a sobrevivência dos pacientes que convivem com o vírus da imunodeficiência humana/aids (PCHIV/aids), conferindo à doença um caráter de cronicidade (POOROLAJAL et al., 2016).

Dentre as estratégias de enfrentamento, a religiosidade/espiritualidade (R/E) pode representar elemento de suporte às fragilidades expostas pela doença, melhorando a qualidade de vida dos PCHIV/aids (CAIXETA et al., 2012), conforme proposto pela WHO, que incluiu este indicador ao propor o WHOQOL-HIV (WHO - World Health Organization. WHOQOL HIV Group) (WHO, 2003). Apesar disso, esses indivíduos podem ser afetados por culpa, medo, ansiedade, depressão, ideação suicida, entre outras reações associadas ao estigma da doença (CHAMBER et al., 2015), sendo o atendimento às necessidades espirituais (NE) fonte de apoio e resiliência para enfrentar as ameaças à sua saúde física e mental (ARREY et al., 2016).

Sabe-se que o atendimento ao paciente com PCHIV/aids deve ir além da queixa clínica, sendo evidente a necessidade de ampliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde para incluir a R/E como uma necessidade a ser averiguada (DA CRUZ et al., 2017). No entanto, o modelo clínico-biomédico ainda prevalece em muitos serviços onde a R/E ainda não é totalmente incorporada à prática, apesar da produção acadêmica sobre o tema atestar sua relevância no tratamento dos mais diversos problemas de saúde, entre eles a aids (DOOLITTLE; JUSTICE; FIELLIN, 2018; KOENIG, 2015).

Segundo Koenig (2015), a religião envolve crenças e práticas relacionadas ao transcendente, geralmente através de regras para guiar a conduta na terra e doutrinas sobre a vida após a morte. A religião é frequentemente organizada e praticada por uma comunidade, mas também pode existir fora de uma instituição e ser praticada individualmente. A espiritualidade, segundo Puchalski et al. (2014), está relacionada às dimensões pessoais, onde são buscadas respostas para as questões

fundamentais sobre o significado da vida. Isso inclui um conjunto de práticas, atitudes, valores e sentimentos que nascem de um relacionamento do indivíduo consigo mesmo, com o divino e os outros e que dá sentido à vida e às histórias pessoais, influenciando e sendo influenciado por aspectos sociais, culturais, biológicos, psicológicos e fatores religiosos.

Desde o modelo biopsicossocial proposto por Engel (1977), vários elementos têm sido acrescentados ao estudo da relação saúde-doença, de forma a ampliar a compreensão do mesmo antes restrita a seus aspectos puramente biológicos. Sulmasy (2002) foi pioneiro em adicionar a dimensão espiritual a essa estrutura, porém seu enfoque era voltado para pacientes em cuidados paliativos. Büssing e Koenig (2010), discutindo a aplicação do modelo biopsicossocioespiritual para o cuidado de pacientes com doenças crônicas, e ressaltando o caráter multidimensional da espiritualidade, identificaram e discriminaram quatro grandes dimensões (interconectadas) das Necessidades Espirituais (NE): necessidades sociais, associadas à necessidade de conexão (amor, pertencimento, comunicação com pessoas próximas); necessidades emocionais, associadas à necessidade de paz (paz interior, esperança, equilíbrio, capacidade de perdoar, medo de recaída); necessidades existenciais, associadas à necessidade de ter um significado / objetivo (significado na vida, atribuir um papel na vida) e necessidades religiosas, associadas à transcendência (recursos espirituais, relacionamento com Deus, sagradas, orações).

2 JUSTIFICATIVA

Tomando como base o modelo proposto por Büssing e Koenig (BÜSSING; ARNDT; KOENIG, 2010), diante do fato de que a importância da R/E para os PCHIV/aids ainda é objeto de questionamentos (DOOLITTLE; JUSTICE; FIELLIN, 2018), a forma como as NE são definidas e expressas pelos PCHIV/aids na literatura acadêmica tem evidenciado diferentes prioridades.

São citadas com bastante frequência necessidades religiosas para a população em geral, como a oração individual (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012; DA CRUZ et al., 2017; KOENIG, 2015; SULMASY, 2002; BÜSSING; KOENIG, 2010; MOHER et al., 2009; HILE et al., 2018; LOWTHER et al., 2018; HUTSON et al., 2018; PINHO et al., 2017a; PINHO et al., 2017b; METAWEH et al., 2016; ARREY et al., 2016; GRODENSKY et al., 2015; SELMAN et al., 2013; DAMILDA et al., 2012; MOLZAHN et al., 2012; PETERSON, 2011; KWANSA, 2011; TREVINO et al., 2010); leituras religiosas (ENGEL, 1977; MOHER et al., 2009; PINHO et al., 2017a; KANG; LEE, 2016; METAWEH et al., 2016; ARREY et al., 2016) apoio de grupos religiosos (DA CRUZ et al., 2017; CAIXETA et al., 2012; GRODENSKY et al., 2015; SELMAN et al., 2013; PETERSON, 2011; KWANSA, 2011); orações intercessórias (ENGEL, 1977; HUTSON et al., 2018); pertencimento à comunidades religiosas (ESPÍRITO SANTO et al., 2003; DAMILDA et al., 2012; TREVINO et al., 2010) ou de apoio espiritual (DA CRUZ et al., 2017; CAIXETA et al., 2012; CHAMBER et al., 2015; LINDAYANI et al., 2018; HILE et al., 2018); visitas de líderes espirituais (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012); cantos religiosos (ENGEL, 1977); programas religiosos de TV (MOHER et al., 2009); purificação religiosa (LINDAYANI et al., 2018); uso de água benzida (HUTSON et al., 2018); bebidas ou medicamentos preparados por religiosos (HILE et al., 2018); rituais religiosos envolvendo banhos de ervas e sacrifício de animais (PINHO et al., 2017a); frequência a cultos religiosos (IRONSON; KREMER; LUCETTE, 2016; ARREY et al., 2016); experiências religiosas, veneração de espíritos ancestrais (HUSSEN et al., 2014); intervenção de pastores de outros religiosos ou curandeiros tradicionais (PEREZ-GIRALDO; VELOZA-GOMEZ; ORTIZ-PINILLA, 2012); comportamentos religiosos (RIOS et al., 2011).

Outros tópicos bastante referidos dizem respeito à aspectos relacionados à fé (CAIXETA et al., 2012; CHAMBER et al., 2015; HILE et al., 2018; RIOS et al., 2011); crenças prévias (ESPÍRITO SANTO et al., 2003; WHO, 2003; GRODENSKY et al.,

2015; LEE; NEZU; NEZU, 2014); conexão espiritual (LINDAYANI et al., 2018; LOWTHER et al., 2018; MUSHEKE; BOND; MERTEN, 2013); crença em promessas bíblicas de cura (HUTSON et al., 2018); crença na cura divina ou espiritual (PINHO et al., 2017b; HIPOLITO et al., 2017; IRONSON; KREMER; LUCETTE, 2016; ARREY et al., 2016; BARNEY; BUCKINGHAM, 2012; PETERSON, 2011; KWANSA, 2011); crença em espíritos ancestrais (PINHO et al., 2017a); crença no perdão de Deus (METAWEH et al., 2016); crença em karma (IRONSON; KREMER; LUCETTE, 2016); intervenção divina (IRONSON; KREMER; LUCETTE, 2016; PEREZ-GIRALDO; VELOZA-GOMEZ; ORTIZ-PINILLA, 2012; MOLZAHN et al., 2012; BARNEY; BUCKINGHAM, 2012); crença em uma divindade suprema; crença na reconciliação espiritual com a doença (HUSSEN et al., 2014; SELMAN et al., 2013); crença em promessas para obter a cura (MOLZAHN et al., 2012), também são citados nos artigos.

Aparecem também, porém de forma menos frequente, práticas como a cura de possessão por espíritos demoníacos (EMLET et al., 2018); curas de feitiços (PEREZ-GIRALDO; VELOZA-GOMEZ; ORTIZ-PINILLA, 2012); passes espirituais (IRONSON; KREMER; LUCETTE, 2016); práticas espirituais (LEE, 2016); práticas que levem ao retorno do poder ou da energia perdida ao adoecer (VON WYNGAARD, 2013); práticas adivinhatórias ou de clarividência (PEREZ-GIRALDO; VELOZA-GOMEZ; ORTIZ-PINILLA, 2012); assim como a ingestão de remédios milagrosos (MUSHEKE; BOND; MERTEN, 2013);

São também elencadas a meditação (DA CRUZ et al., 2017; ENGEL, 1997; SULMASY, 2002; BÜSSING; KOENIG, 2010; LOWTHER et al., 2018; METAWEH et al., 2016; SELMAN et al., 2013; MOLZAHN et al., 2012; TREVINO et al., 2010); necessidades de reparação de sentimentos de abandono (WHO, 2003); perdão (LINDAYANI et al., 2018); perdão por ofensa a divindades (VON WYNGAARD, 2013); assim como necessidades de sentimentos de paz (RIOS et al., 2011).

Em acréscimo surge a necessidade de suporte social (KOENIG, 2015; ENGEL, 1977; SELMAN et al., 2013; VON WYNGAARD, 2013; ASHFORTH, 2011; TREVINO et al., 2010); de relações afetivas (ESPÍRITO SANTO et al., 2003; LEE; NEZU; NEZU, 2014; SELMAN et al., 2013); de relações com a família (ESPÍRITO SANTO et al., 2003; LEE; NEZU; NEZU, 2014; TREVINO et al., 2010); de suporte emocional do staff (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012; DA CRUZ et al., 2017); de engajamento em atividades sociais (LOWTHER et al., 2018); de suporte social de

grupos religiosos (SELMAN et al., 2013; TREVINO et al., 2010); de suporte espiritual (DAMILDA et al., 2012); participação em atividades culturais que deem um significado à doença (TREVINO et al., 2010); e de aconselhamento recebido de profissionais de saúde (EMLET et al., 2018).

E de forma menos frequente foram citadas necessidades existenciais como refletir acerca do significado da vida (WHO, 2003; LEE; NEZU; NEZU, 2014; DA CRUZ et al., 2017); da doença e da morte (ESPÍRITO SANTO et al., 2003); dos objetivos de vida (LEE; NEZU; NEZU, 2014); da aceitação da doença (ESPÍRITO SANTO et al., 2003); de assuntos espirituais (LEE; NEZU; NEZU, 2014); assim como de reflexões que levem a uma visão positiva da vida (TREVINO et al., 2010).

Um dos instrumentos que avaliam as NE é o Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ). Esse questionário, originalmente escrito em alemão, foi traduzido em validado em outros idiomas, inclusive no Brasil (ARREY et al., 2016), e explora quatro aspectos relacionados às necessidades relacionadas à religiosidade, necessidades relativas à paz interior, necessidades existenciais (incluindo a generosidade) e necessidades relativas a suporte familiar, evitando o uso exclusivo da terminologia religiosa, podendo, portanto, ser aplicável também a pacientes agnósticos ou ateus, enfocando uma perspectiva holística da saúde (KOENIG, 2015).

Portanto, o maior desafio é a correta aferição da religiosidade/espiritualidade por meio de instrumentos confiáveis e válidos no contexto brasileiro, cujas deficiências apontadas na literatura são a medição incompleta, ou segmentada, dos aspectos da espiritualidade e religiosidade, como também poucos estudos sobre suas propriedades psicométricas (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020).

A realização do presente estudo poderá contribuir para a identificação das necessidades mais prioritárias e da relevância usufruída pela espiritualidade/religiosidade dentre as estratégias de enfrentamento da aids pelos pacientes, numa perspectiva transdisciplinar, subsidiando a formulação de políticas públicas e auxiliando o processo de tomada de decisão, podendo os resultados desta pesquisa transformarem-se em ferramenta de gestão (MEDEIROS; SALDANHA, 2012).

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Possibilitar a análise das necessidades espirituais de PCHIV/aids utilizando um banco de dados disponível de uma pesquisa realizada em um ambulatório localizado no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, na cidade no Rio de Janeiro, em 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evidenciar a importância da R/E para os enfermos em geral, e por extensão, para o paciente que convive com HIV/aids;

Verificar se o atendimento às NE é um fator capaz de interferir direta ou indiretamente nos resultados da conduta e dos cuidados estabelecidos pela equipe de saúde;

Analisar detalhes sociodemográficos do SpNQ em português;

Contribuir para ampliar os estudos nacionais a respeito do tema, uma vez que, com a utilização do SpNQ, são escassos os estudos no Brasil, com o público alvo PCHIV.

4 MATERIAL E MÉTODO

O banco de dados utilizado foi disponibilizado pela pesquisadora responsável pela adaptação transcultural para a língua portuguesa e validação do Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) publicado em 2018, estudo transversal, que incluiu a aplicação do SpNQ a uma amostra de 200 pacientes soropositivos, selecionados aleatoriamente dentre os pacientes acompanhados no Ambulatório de aids do Hospital Universitário da UNIRIO, localizado na cidade do Rio de Janeiro (VICENTE, 2018). O estudo foi realizado de acordo com os princípios éticos de pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sendo aprovado sob o número 2.316.525/2017.

No estudo de validação foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; todos os gêneros; acompanhamento no Ambulatório de aids do Hospital Universitário da UNIRIO; capacidade de ler, compreender e preencher o instrumento de avaliação no momento da aplicação; e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão utilizados foram: paciente com algum nível de desorientação; incapacidade de leitura, entendimento e de preenchimento do instrumento de avaliação; e aqueles que se recusaram a assinar o termo de consentimento informado.

Para este estudo, o banco de dados resultante da aplicação dos questionários foi inserido em uma planilha utilizando-se o Programa Office Excel, cujos resultados foram analisados estatisticamente utilizando-se o programa R, considerenado-se significativos valores de α menores que 0,05.

5 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que a maioria dos entrevistados é do sexo masculino (57%), com idade variando 30 – 49 anos (57%), com ensino médio completo (27,0%) ou incompleto (33,5%). No que diz respeito aos achados sobre religião, embora a maioria preferisse não opinar (41%), houve predominância da religião espírita kardecista (27%) e cristã (23%) e com predomínio de prática religiosa organizacional (58%).

Tabela 1.

Características demográficas dos participantes

Características dos participantes	n	N	%
Gênero			
Masculino	114		57
Feminino	82		41
Outro	4	200	2
Idade			
Menos que 29 anos	60		30
30 – 49 anos	114		57
50 – 70 anos	26	200	13
Grau de escolaridade			
Ensino fundamental completo	6		3
Ensino médio incompleto	67		33,5
Ensino médio completo	54		27
Ensino superior incompleto	49		24,5
Não sabe informar	24	200	12
Religião			
Cristã	46		23
Hare Krishna	1		0,5
Judaica	1		0,5
Ecumênica	1		0,5
Seicho-no-ie	1		0,5
Espírita Kardecista	54		27
Budista	4		2
Messiânica	3		1,5
Testemunha de Jeová	3		1,5
Mesa branca	1		0,5
Adventista do Sétimo Dia	1		0,5
Wicca	1		0,5
Prefere não opinar/Não sabe informar	83	200	41,5
* Religiões com 5 ou menos respostas foram agrupadas em "Outras". São elas: Adventista do sétimo dia, Budista, Ecumênica, Hare Krishna, Judaica, Messiânica, Seicho-No-le, Testemunha de Jeová e Wicca.			
Prática religiosa			
Organizacional		116	58
Não-organizacional		43	21,5
Não sabe informar		41	20,5

Fonte: Valente (2018).

Já em relação à análise dos elementos que compõem o SpNQ apresentada na Tabela 2, identificou-se grande frequência de respostas negativas às necessidades relativas à religiosidade e a questões existenciais. As maiores frequências de respostas positivas apareceram nas necessidades relativas ao suporte familiar, o que foi corroborado pelo estudo de Silva et al. (2020), cujo componente mais importante foi a paz interior e as necessidades de apoio à família, como estratégias de enfrentamento relevantes nesta doença.

Tabela 2.

Necessidades espirituais de pacientes convivendo com HIV/aids acompanhados no ambulatório de aids do HUGG – 2018

PERGUNTA	NÃO N (%)	MÉDIA N (%)	FORTE N (%)	MUITO FORTE N (%)
NECESSIDADES RELACIONADAS À RELIGIOSIDADE				
Sentiu necessidade de que alguém de sua comunidade religiosa (ex: pastor, padre) cuidasse de você?	143 (71,5%)	38 (19%)	18 (9%)	1 (0,5%)
Sentiu necessidade de rezar/orar com alguém?	114 (57%)	54 (27%)	27 (13,5%)	5 (2,5%)
Sentiu necessidade de que alguém reze por você?	68 (34%)	61 (30,5%)	58 (29%)	13 (6,5%)
Sentiu necessidade de rezar para si mesmo?	80 (40%)	63 (31,5%)	47 (23,5%)	10 (5%)
Sentiu necessidade de participar de uma cerimônia religiosa (ex: missa, culto)?	92 (46%)	38 (19%)	59 (29,5%)	11 (5,5%)
Sentiu necessidade de voltar-se para uma presença maior (ex: Deus, Alá)?	54 (27%)	44 (22%)	79 (39,5%)	23 (11,5%)
Sentiu necessidade de ler livros religiosos/espirituais?	120 (60%)	45 (22,5%)	24 (12%)	11 (5,5%)
NECESSIDADES RELATIVAS À PAZ INTERIOR				
Sentiu necessidade de refletir sobre seu passado?	66 (33%)	80 (40%)	44 (22%)	10 (5%)
Sentiu necessidade de resolver aspectos “em aberto”, problemas pendentes na sua vida?	37 (18,5%)	83 (41,5%)	66 (33%)	14 (7%)
Sentiu necessidade de ter mais contato com a beleza da natureza?	14 (7%)	74 (37%)	85 (42,5%)	27 (13,5%)
Sentiu necessidade de permanecer em um lugar de quietude e paz?	8 (9%)	63 (31,5%)	95 (47,5%)	34 (17%)

Sentiu necessidade de encontrar paz interior?	9 (4,5%)	54 (27%)	93 (46,5%)	44 (22%)
NECESSIDADES EXISTENCIAIS				
Sentiu necessidade de encontrar sentido na doença e/ou sofrimento?	119 (59,5%)	51 (25,5%)	21 (10,5%)	9 (4,5%)
Sentiu necessidade de falar com os outros sobre seus medos e preocupações?	68 (34%)	65 (32,5%)	62 (31%)	5 (2,5%)
Sentiu necessidade de falar com alguém sobre o significado da vida?	62 (31%)	74 (37%)	52 (26%)	12 (6%)
Sentiu necessidade de falar com alguém sobre a possibilidade de vida após a morte?	108 (54%)	52 (26%)	22 (11%)	18 (9%)
Sentiu necessidade de voltar-se para alguém em uma atitude de amor?	36 (18%)	102 (51%)	53 (26,5%)	9 (4,5%)
Sentiu necessidade de abrir mão, doar algo seu?	61 (30,5%)	90 (45%)	41 (20,5%)	8 (4%)
Sentiu necessidade de ser perdoado?	75 (37,5%)	50 (25%)	60 (30%)	15 (7,5%)
Sentiu necessidade de consolar alguém?	64 (32%)	66 (33%)	58 (29%)	12 (6%)
Sentiu necessidade de se sentir completo e seguro?	7 (3,5%)	39 (19,5%)	108 (54%)	46 (23%)
Sentiu necessidade de perdoar alguém de seu passado?	80 (40%)	62 (31%)	47 (23,5%)	11 (5,5%)
NECESSIDADES RELATIVAS A SUPORTE FAMILIAR				
Sentiu necessidade de sentir-se conectado com sua família?	34 (17%)	114 (57%)	43 (21,5%)	9 (4,5%)
Sentiu necessidade de transmitir sua própria experiência de vida a outras pessoas?	58 (29%)	92 (46%)	42 (21%)	8 (4%)
Sentiu necessidade de ter certeza de que sua vida teve valor e significado?	29 (14,5%)	62 (31%)	95 (47,5%)	14 (7%)
Sentiu necessidade de ser inserido novamente nas preocupações de seus familiares?	143 (71,5%)	42 (21%)	11 (5,5%)	4 (2%)
Sentiu necessidade de receber mais suporte de sua família?	39 (19,5%)	112 (56%)	42 (21%)	7 (3,5%)

Fonte: Valente (2018).

Em relação às necessidades religiosas, as variáveis sexo e faixa etária foram estatisticamente analisadas, com p-valor = 0,04019, com destaque para a população

feminina, cuja média igual a 5,025439 e mediana igual a 5,851, significou que é mais homogênea, ou seja, apresenta maiores necessidades religiosas em relação ao sexo masculino.

No que diz respeito à paz interior, houve semelhança entre os sexos, com p-valor = 0,6404, sentindo necessidade de refletir sobre o seu passado; de resolver aspectos “em aberto”, problemas pendentes na sua vida; ter mais contato com a beleza da natureza; permanecer em um lugar de quietude e paz; e por fim de encontrar paz interior.

A comparação das características pesquisadas em relação aos itens do SpNQ mostrada na Tabela 3 mostra que em relação às necessidades religiosas, o teste de Kruskal-Wallis chi-squared identificou diferenças significativas entre os sexos, com p-valor = 0,04019, sendo o sexo feminino mais afetado em relação à necessidades religiosas. No que diz respeito à idade, o teste de Wilcoxon mostrou diferenças em relação a este componente para a faixa etária 50-70 anos, com p-valor = 0,01985. Em relação às diferenças entre as religiões, avaliadas pelo mesmo teste estatístico aquelas classificadas como outras demonstraram maiores médias relacionadas às necessidades religiosas e em relação a aspectos relacionados à necessidade de doação de si mesmo. Em relação à prática religiosa, avaliadas pelo teste de Kruskal-Wallis chi-squared, as práticas organizacionais mostraram diferenças significativas em relação à religiosidade, à generosidade, à paz interior e ao suporte familiar. Vale ainda ressaltar que o teste de Wilcoxon não identificou diferenças significativas no que diz respeito ao nível de instrução na amostra pesquisada, com p-valor = 0,117.

Tabela 3.

Comparação entre as necessidades espirituais de pacientes HIV positivos atendidos em um ambulatório de referência no Rio de Janeiro em relação às características pesquisadas

	n	NECESSIDADES RELIGIOSAS		GENEROSIDADE		PAZ INTERIOR		SUPORTE FAMILIAR	
		média	p	média	p	média	p	média	p
SEXO									
Feminino	82	5.025439	0,04019	3.402829	0,3449	4.957280	0,6404	1.978061	0,03098
Masculino	114	4.073289		3.211289		4.685298		1.636912	
FAIXA ETÁRIA									
< 29	60	3.560800	0,01985	3.560800	0,1716	4.592917	0,6999	1.555050	0,112

30-49	114	4.586149		4.586149		4.826570		1.837851	
50-70	26	5.818308		5.818308		5.085115		2.082115	
INSTRUÇÃO									
Med. comp.	67	4.612119	0,117	3.379493	0,2065	3.379493	0,1133	1.894776	0,3838
Med. incomp.	5	4.456600		3.044200		3.044200		2.730200	
Sup. comp.	49	5.032918		3.948490		3.948490		1.809143	
Sup. incomp.	54	3.420204		2.925963		2.925963		1.515907	
RELIGIOSIDADE									
Não praticante	43	0.904907	< 2.2e ⁻¹⁶	1.523698	< 2,667e ⁻¹²	3.894512	0,0001334	1.041605	7.264e ⁻
Praticante	116	6.835905		4.181371		5.229586		1.982922	
RELIGIÕES									
Cristã	46	6.924935	0,00037 21	3.380130	0,00046 65	4.849239	0,06319	1.879152	0,06618
Espírita	55	6.100473		4.195109		5.282036		1.934764	
Outras	16	8.826625		6.176375		6.165063		2.447563	

Fonte: Valente (2018).

Quando analisada apenas a variável sexo, foi estabelecido p-valor = 0,3449, indicando que os grupos masculino e feminino são iguais quanto às necessidades de generosidade no presente estudo.

Com relação aos grupos masculino e feminino, quanto às diferenças das faixas etárias, são iguais quanto às necessidades de paz interior, com p-valor = 0,6999, e quanto à generosidade com p-valor = 0,1716 e p-valor = 0,112 quanto às necessidades de suporte familiar.

Um p-valor = 0,03098, indicou que os grupos masculino e feminino são distintos quanto às necessidades de suporte familiar. A amostra do sexo feminino apresentou média igual a 1,978061 e mediana igual a 2,036, significando que é mais homogênea, ou seja, apresenta maiores necessidades de suporte familiar em relação ao sexo masculino.

Quanto à diferença entre as faixas etárias, estabeleceu-se p-valor = 0,01985, indicando que os grupos de faixas etárias são distintos quanto às necessidades religiosas. A amostra da faixa etária 50-70 anos, apresenta média igual a 5.818308 e mediana igual a 6,0700, significando que a presente amostra é mais homogênea, ou seja, apresenta maiores necessidades religiosas em relação às demais faixas etárias. Como se pode concluir, não só as necessidades religiosas tendem a aumentar com a idade, como também a amostra (faixa etária de 50-70 anos) é mais homogênea,

significando uma alta necessidade religiosa, tendendo a dar respostas iguais para esse domínio.

A fim de averiguar se havia diferença entre os sexos, em relação aos graus de instrução, estabeleceu-se p -valor = 0,117, indicando que os grupos de graus de instrução são iguais quanto às necessidades de religiosidade, bem como necessidades religiosas com p -valor = 0,11, além disso, houve p -valor = 0,2065, indicando que as amostras dos grupos de graus de instrução são iguais quanto às necessidades de generosidade e p -valor de 0,1133, demonstrando necessidades iguais de paz interior nos diferentes graus de instrução independente de sexo. Quanto ao suporte familiar, o p -valor de 0,3838 indicou necessidades de suporte familiar iguais, seguindo a mesma análise (sexo *versus* grau de instrução).

Complementando a análise estatística dos dados, a amostra do grupo de praticantes de determinada religião apresenta média igual a 6,835905 e mediana igual a 6,7075, significando que é mais homogênea, ou seja, apresenta maiores necessidades de religiosidade em relação à amostra de grupo de não praticantes. Foi encontrado p -valor $< 2.2e-16$, indicando que as amostras dos grupos de praticantes e de não praticantes de determinada religião são distintos quanto às necessidades de religiosidade. Nesta mesma análise, foi encontrado p -valor $< 2,667e-12$, apontando que praticantes e de não praticantes de determinada religião são distintos quanto às necessidades de generosidade. Além disso, a amostra do grupo de praticantes de determinada religião apresenta média igual a 4,181371 e mediana igual a 3,583, significando que é mais homogênea, ou seja, apresenta maiores necessidades de generosidade em relação à amostra de grupo de não praticantes. Com relação à necessidade de paz interior, estes grupos foram analisados, apresentando p -valor = 0,0001334, a amostra do grupo de praticantes de determinada religião apresenta média igual a 5,229586 e mediana igual a 5,397, significando que é mais homogênea, ou seja, apresenta maiores necessidades de paz interior em relação à amostra de grupo de não praticantes.

No que diz respeito a suporte familiar, o p -valor encontrado foi de $7.264e-7$, demonstrando que a amostra do grupo de praticantes de determinada religião apresentou média igual a 1,982922 e mediana igual a 2,036, significando que é mais homogênea, ou seja, apresenta maiores necessidades de suporte familiar em relação à amostra de grupo de não praticantes.

Quando foi avaliada a diferença entre as amostras de diferentes grupos religiosos, estabeleceu-se p -valor = 0,0003721, indicando que as amostras dos grupos religiosos analisados são distintos quanto às necessidades religiosas. Além disso, a amostra do grupo “outras” religiões apresenta média igual a 8,826625 e mediana igual a 7,9740, significando que é mais homogênea, ou seja, apresenta maiores necessidades religiosas em relação à amostra dos grupos de religião cristã e de religião espírita.

Quanto a diferença de necessidade de generosidade, com p -valor = 0,0004665, a amostra do grupo “outras” religiões apresentou média igual a 6,176375 e mediana igual a 6,542, significando que é mais homogênea, ou seja, apresenta maiores necessidades de generosidade em relação à amostra dos grupos de religião cristã e de religião espírita, porém com p -valor = 0,06319, indicou-se que as amostras dos grupos religiosos analisados são iguais quanto às necessidades de paz interior e p -valor = 0,06618, indicando que são iguais quanto às necessidades de suporte familiar.

6 DISCUSSÃO

A espiritualidade é um dos aspectos diferenciais entre seres humanos e outros seres vivos, servindo como meio para destacar diferenças entre sociedades e indivíduos (VAN NIEKERK, 2018). A literatura aponta para a correlação entre espiritualidade e bons resultados nos cuidados à saúde, enfatizando o interesse em estudar a influência do atendimento às NE à saúde física e mental. Por isso mesmo, devem os profissionais de saúde obter mais conhecimento a respeito destas necessidades, durante todo o percurso de tratamento da doença (NEJAT et al., 2016).

Apesar de todo o processo de dor, o paciente encontra recursos em sua subjetividade, vislumbrando soerguer-se frente esta condição de desalento existencial. Adotando essa postura, ele dá continuidade à elaboração do seu histórico como ser humano, tanto enquanto indivíduo, como pertencente a uma coletividade (SILVA et al., 2020).

71,5% da amostra respondeu “não” à pergunta “sentiu necessidade de alguém de sua comunidade religiosa (ex: pastor, padre) cuidasse de você?”. Isso talvez porque, embora a igreja deva ser um lugar caracterizado pelo amor e aceitação por todas as pessoas, esta pode ser um lugar cheio de "estigma", "preconceito" e "rejeição" e, além disso, contrair o HIV através de um comportamento considerado pecaminoso é mais provável em resultar na culpa de fiéis e líderes religiosos (HADDAD, 2005, p.33).

Esse achado também é corroborado por Ashforth (2011) em artigo que trata sobre a insegurança espiritual, que se relaciona às extravagâncias de promessas de cura milagrosa através de curandeiros, além da comercialização da fé. Isso pode abalar a relação de confiança entre o paciente e a comunidade religiosa, dificultando a aceitação dos cuidados que a entidade religiosa possa oferecer à comunidade.

Sobre a necessidade de rezar/orar com alguém, a resposta de 57% da amostra foi “não”. Dentre as necessidades religiosas, como a oração individual, pode perfeitamente ser realizada fora de uma instituição, fato que leva alguns indivíduos ao desejo de praticarem individualmente. Considerar a oração como forte facilitador para adesão ao tratamento, deve levar os profissionais de saúde a verificarem a necessidade desta ação, adaptando-a às demais intervenções de cuidados à saúde já existentes (KONKLE-PARKER; ERLÉN; DUBBERT, 2008; GALVÃO; PAIVA, 2011).

No entanto, em contrapartida, quando questionados sobre “sentir necessidade de que alguém reze por você”, a resposta da amostra obteve valor de 66% para “média”, “forte” ou “muito forte”. Tal fato pode ser explicado pela crença na oração intercessória, sobretudo se realizada por alguém que, para os pacientes, tenha alguma autoridade moral e possa trazer maiores benefícios ao seu estado atual (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). No entanto, estudos apontam que a cura à distância ou a oração à distância não parecem melhorar os resultados clínicos selecionados em pacientes com HIV que fazem terapia antirretroviral combinada (ASTIN et al., 2006).

A respeito da pergunta “sentiu necessidade de rezar para si mesmo?”, a resposta de 60% da amostra foi “média”, “forte” ou “muito forte”. Os artigos se referem à oração como forma de expressão/definição das necessidades espirituais pelos participantes dos estudos (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012; DA CRUZ et al., 2017; KOENIG, 2015; SULMASY, 2002; BÜSSING; KOENIG, 2010; MOHER et al., 2009; HILE et al., 2018; LOWTHER et al., 2018; HUTSON et al., 2018; PINHO et al., 2017a; PINHO et al., 2017b; METAWEH et al., 2016; ARREY et al., 2016; GRODENSKY et al., 2015; SELMAN et al., 2013; DAMILDA et al., 2012; MOLZAHN et al., 2012; PETERSON, 2011; KWANSA, 2011; TREVINO et al., 2010) confirmam este achado.

A resposta da amostra teve valor de 54%, “média”, “forte” ou “muito forte” para a necessidade de participar de uma cerimônia religiosa (ex: missa, culto), concorda com o estudo de Arrey et al. (2016), o qual relata que os participantes acreditavam na participação regular em cultos e em atividades religiosas como principais recursos espirituais/religiosos para alcançar a conexão com Deus e para enfrentamento da doença. Em contrapartida, apesar de as igrejas terem o potencial de ser um local de lançamento de intervenções inovadoras a fim de reduzir o estigma do HIV e aumentar os recursos de apoio (HADDAD, 2005; TSEVAT, 2006).

Prevaleceu o valor de 60% de resposta “não” para a pergunta a respeito de sentir necessidade de ler livros religiosos/espirituais. Comparativamente, Trasmontano (2013) realizou um estudo sobre Espiritualidade e Biblioterapia no cuidado do paciente com HIV/aids no qual objetivou, dentre outros, identificar o impacto da prática da arte da leitura, associada à arte de cuidar, na humanização do cuidado desses pacientes, compor por exemplo a dificuldade dos familiares em refletirem detidamente sobre a doença e conversarem sobre vários aspectos desta

nova realidade que vivenciam. No presente estudo não houve elementos de comparação com relação à etnia, não havendo elementos para comparação.

Infelizmente, o estigma da aids em algumas comunidades da igreja pode minar as tentativas de servir pessoas com essas doenças, apresentando um problema sério, por exemplo os afro-americanos, os quais são mais afetados pelo HIV em todos os principais grupos populacionais (CDC, 2018) e são a população com maior frequência à igreja. Estudo realizado com afro-americanos, apontou para a dificuldade de aprofundamento no assunto, pela associação da culpa à doença, sobretudo nos meios religiosos nos Estados Unidos (OWENS, 2003; STEWART; THOMPSON, 2016).

Destacou-se como resposta à pergunta “sentiu necessidade de voltar-se para uma presença maior (ex: Deus, Alá)?” o valor de 73%, para “média”, “forte” e “muito forte”. Kremer e Ironson (2009) constatou que a tomada de decisão e adesão ao tratamento foi influenciada por crenças espirituais relacionadas com a saúde como, acrescida de preces a uma divindade maior, por exemplo, pedir a Deus, considerado pelos participantes da pesquisa como poder superior, ou seja, trouxe aos pacientes a decisão e maior adesão ao tratamento.

Em relação às necessidades existenciais, a pergunta referindo-se a “necessidade de falar com os outros sobre seus medos e preocupações”, obteve resultado de 34% da amostra com resposta “não”; em 32,5% da amostra, a resposta foi “média”; e, em 31%, a resposta foi forte, o que está de acordo com o estudo de Ferreira, Favoreto e Guimarães (2012) no qual foi observado que após a revelação do diagnóstico, pode haver discriminação por parte da família e de amigos, o que pode dificultar o diálogo e o estabelecimento da relação de confiança entre o paciente e as pessoas que o cercam.

A pergunta “sentiu necessidade de encontrar sentido na doença e/ou sofrimento?”, obteve 59,5% de resposta “não”, contrastando com o estudo de Espírito Santo et al. onde participaram do estudo 30 pacientes convivendo com HIV/aids em tratamento ambulatorial, em um hospital público do Rio de Janeiro (2003), pois pela análise dos discursos dos entrevistados, há diversas reações que podem ser observadas como ideação suicida, o medo e o desespero, além do convívio com o preconceito em relação à doença. Esse fato que poderia contribuir com o sofrimento da busca desesperada para encontrar um sentido para explicar a doença e o sofrimento.

Quanto ao questionamento sobre “necessidade de voltar-se para alguém em uma atitude de amor”, a resposta de 77,5% da amostra foi “média” ou “forte”, estando de acordo com o estudo de Espírito Santo et al. (2003). Uma das estratégias de enfrentamento da doença referida pelos entrevistados é a de lutar pela vida, lutar para sobreviver e viver.

A pesquisa também constatou através da pergunta “sentiu necessidade de se sentir completo e seguro?”, que a resposta foi para 96,5% da amostra “média”, “forte” e “muito forte”, o que não se confirmou no estudo de Silva et al. (2020), realizado com 157 pacientes com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)+, onde a maioria deles homens (49%) (mulheres = 35%; outros = 16%), com idade entre 30 e 49 anos (53,5%), no qual “sentir-se seguro e completo” apresentou cargas fatoriais abaixo de 0,40, sendo eliminados das análises subsequentes. O achado do presente estudo aponta na direção da necessidade de se criar um vínculo entre o profissional da saúde e o usuário, facilitando o acompanhamento e a adesão ao tratamento, satisfazendo, de alguma forma, a necessidade de segurança e respeito para que o paciente possa expressar suas dúvidas. Além disso, a maior diversidade de anti-retrovirais, de fácil administração e com menos efeitos colaterais, tende a tranquilizar os pacientes, deixando-os mais confiantes e seguros (BRASIL, 2008). Segundo estudo de Hodge e Roby (2010), o apoio de outros crentes, oração e confiança em Deus são estratégias espirituais de enfrentamento, o que pode oferecer maior sensação de completude e segurança ao paciente.

Quando a amostra foi questionada sobre a “necessidade de falar com alguém sobre o significado da vida”, a resposta apresentou valor de 63% para “média” ou “forte”. Isso pode ser explicado pelas mudanças que estão relacionadas com a condição de portador do HIV/aids e que podem levar ao paciente refletir sobre o significado da vida diante do medo e da preocupação da morte (ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

Para a pergunta “sentiu necessidade de falar com alguém sobre a possibilidade de vida após a morte?”, 54% da amostra respondeu “não”, concordando com uma nova perspectiva associada à doença como o fato de ser tratada atualmente como doença crônica. Essa ideia está de acordo com Espírito Santo et al. (2003), uma vez que o surgimento de novos medicamentos e a ampliação da disponibilidade de antirretrovirais (ARV) resultaram na melhoria significativa da qualidade de vida dos indivíduos infectados pelo HIV. Logo, a patologia adquiriu um

caráter crônico, reduzindo a taxa de óbitos do passado, o que pode afastar do horizonte do paciente a possibilidade da morte e as reflexões que envolvem o tema.

A pergunta “sentiu necessidade de abrir mão, doar algo seu?”, obteve resposta “média” ou “forte” para 60,5% da amostra. Enquanto a pergunta “sentiu necessidade de consolar alguém?”, apresentou 62% da amostra com resposta “média” ou “forte”, concordando com Espírito Santo et al. (2003), o qual indica mudança no estilo de vidas das pessoas após o diagnóstico do HIV, e, além disso, na percepção quanto à família e à fé em um Ser Supremo. Isso pode explicar um possível desapego de bens materiais ou um sentimento de ajuda ao próximo.

Quando a amostra foi questionada sobre “sentir necessidade de perdoar alguém de seu passado”, a resposta “média”, “forte” ou “muito forte” alcançou 60%. De acordo com Arrey et al. (2016), a Espiritualidade/Religião serve como fonte de força para o enfrentamento da doença, e de bem-estar. Esse sentimento pode desenvolver no paciente o desejo de se perdoar, uma vez que o diagnóstico da doença pode levar à culpa, e de perdoar os que estão a volta.

Quanto a “sentir necessidade de receber mais suporte de sua família”, a resposta da amostra foi de 80,5% para “média”, “forte” ou “muito forte”. A literatura aponta a importância do apoio familiar, uma vez que, sem este apoio, ou outro apoio social, os pacientes tendem a ter um prognóstico pior, e sua adesão ao tratamento é prejudicada, ocorrendo com maior frequência comorbidades psiquiátricas (SILVA; TAVARES, 2015).

A maior porcentagem de resposta “média” atribuída à pergunta “sentiu necessidade de sentir-se conectado com sua família” para 57% da amostra, foi ao encontro do exposto no estudo de Espírito Santo et al. (2003) no qual o apoio familiar, de amigos e da igreja é importante para o enfrentamento da doença.

A pergunta “sentiu necessidade de transmitir sua própria experiência de vida a outras pessoas?”, obteve 71% de resposta “média”, “forte” e “muito forte”. Dessa forma, o paciente portador do HIV/aids é capaz de transmitir sua vivência com a doença, ou seja, as formas de enfrentamento de que se utiliza.

Quanto ao questionamento “sentiu necessidade de ter certeza de que sua vida teve valor e significado?”, a resposta da amostra foi de 85,5% “média”, “forte” e “muito forte”. O diagnóstico da doença acarreta profundas modificações na vida do paciente que pode se sentir amedrontado pelo risco da morte e, por isso, procurar avaliar o

valor e o significado das experiências da vida até aquele momento (SILVA; SALDANHA, 2012).

Verificou-se que 71,5% não se sentiu necessidade de serem inseridos novamente nas preocupações de seus familiares. Esse resultado corrobora o estudo de Espírito Santo et al. (2003) no qual foi observado que após a revelação do diagnóstico, pode haver discriminação por parte da família e de amigos, o que pode dificultar o diálogo e o estabelecimento da relação de confiança entre o paciente e as pessoas que o cercam. Porém 80,5% expressou “média”, “forte” ou “muito forte” necessidade de maior suporte de sua família. Isso pode ser explicado por, apesar de a maioria desejar não ser inserida novamente nas preocupações de seus familiares, estes podem eventualmente prestar apoio para suportar as dificuldades advindas da doença.

Em relação às necessidades de paz interior, correntemente 62% da amostra apresentou respostas “média” ou “forte”, corroborando com o estudo de Trevino et al. (2010), que faz referência ao enfrentamento religioso vivenciado por pacientes com HIV/aids. Isso evidencia também a piora da qualidade de vida e da saúde desse paciente, que experimenta também a culpa e a raiva de Deus, em um contexto de luta espiritual. Todos esses fatores devem propiciar reflexões acerca da vida, passado, presente e futuro.

Ainda nesse domínio, foi primordial resolver aspectos “em aberto”, problemas pendentes na sua vida. Esse achado pode ser explicado pelo fato de o diagnóstico da doença apresentar significado diverso para o paciente que, nesse processo, pode se tornar mais suscetível a refletir sobre aspectos diversos da vida. No entanto, após um momento inicial de retomada do equilíbrio, a normalidade aparece como eixo estruturante nos discursos de pacientes a respeito da convivência com o vírus, mesmo havendo interdição de projetos de vida e revisão da própria biografia, sobretudo na população adolescente (MARQUES et al., 2006; RODRIGUES et al., 2011; AGOSTINI; MAKSUD; FRANCO, 2017).

Outro aspecto interessante é que a maioria sentiu necessidade de ter mais contato com a natureza concordando com o estudo de Dalmida et al. (2012), no qual o conceito de Espiritualidade é multifacetado, incluindo a crença a respeito dos aspectos não materiais da vida e da natureza. Logo, a natureza pode ser considerada como um refúgio da espiritualidade do paciente com HIV/aids.

Ainda no domínio da Paz interior, foi observada a necessidade de lugar de paz e quietude, e de encontrar paz interior. De acordo com Hussien et al. (2014) o qual relaciona o uso de água benta à calma interior e à esperança para o futuro, esse fato pode constatar a busca da quietude e da paz diante das incertezas que a doença pode representar para paciente com HIV/aids. Wyngaard (2013) relaciona fortes crenças religiosas com força interior e paz, e, também, esperança com o sistema de crenças de uma pessoa, porém essa esperança se refere à paz e ao encontro de significado para a vida.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou analisar as necessidades espirituais de PCHIV/aids utilizando um banco de dados disponível de uma pesquisa realizada em um ambulatório de um hospital de referência localizado na cidade no Rio de Janeiro.

A aids, atualmente considerada crônica, carrega um estigma que pode desencadear reações como: culpa, medo, ansiedade, depressão e até mesmo ideação suicida. Trata-se de uma condição que acarreta consequências prejudiciais ao bem-estar e qualidade de vida dos pacientes. Os achados deste estudo levantaram as necessidades relacionadas à religiosidade, relativas à paz interior, existenciais e necessidades relativas a suporte familiar.

Foram identificadas diferenças significativas no que diz respeito a: necessidades religiosas e de suporte familiar, consideradas mais importantes em indivíduos do sexo feminino; necessidades religiosas, consideradas significativas a partir dos 50 anos; e necessidades religiosas, de paz interior e de suporte familiar, com diferenças significativas entre ser, ou não, praticante de uma religião. As necessidades religiosas foram as que mais frequentemente evidenciaram diferenças significativas: sexo feminino, faixa etária, ser praticante de religião. Em segundo lugar, aparecem suporte familiar e paz interior.

Este estudo enfatizou a vital importância do conhecimento que o profissional de saúde deve ter das necessidades espirituais dos PCHIV/aids, aprofundando-se nos conteúdos a respeito de religiosidade e espiritualidade, tendo em vista que atender esta demanda, pode contribuir para a melhor aceitação da doença, adesão ao tratamento, redução de quadros depressivos, com subsequente melhoria da qualidade de vida.

A relação entre espiritualidade e benefícios à saúde mental e física vem sendo explorada na literatura científica, enfatizando o papel da religião e espiritualidade na prática dos cuidados em saúde, como forma do ser humano de encontrar um sentido para continuar vivo. Desta forma, os profissionais de saúde, ao compreenderem estas necessidades espirituais, poderão desenvolver intervenções eficazes, promovendo a saúde espiritual dos pacientes. O estímulo a práticas religiosas e à espiritualidade, anteriormente negadas pelo modelo biomédico, torna-se cada vez mais presente na abordagem aos pacientes portadores de doenças crônicas.

Destaca-se ainda a importância do suporte familiar, da esperança, como

indispensáveis para proteger o paciente, promovendo seu bem-estar, uma vez que o conforto espiritual vai além da prática religiosa, perpassando as demais dimensões do ser humano, neste caso, a relação do indivíduo com a família e a sociedade.

Sabendo-se que é preciso considerar as diferenças culturais e religiosas que dizem respeito às crenças e práticas de PCHIV/aids, torna-se importante a realização de mais estudos sobre o tema, envolvendo populações tanto brasileiras quanto latinoamericanas, a fim de inferir os achados desta pesquisa. Do exposto, conclui-se que este estudo confirma quantitativamente a importância de aspectos ligados à religiosidade entre os PCHIV/aids.

8 REFERÊNCIAS

AGOSTINI, Rafael; MAKSUD, Ivia; FRANCO, Tulio. “Essa doença para mim é a mesma coisa que nada”: reflexões socioantropológicas sobre o descobrimento soropositivo. **Saude soc.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 496-509, junho de 2017.

ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de; LABRONICI, Líliliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263-274, Mar. 2007.

ARREY, Agnes Ebotabe; BILSEN, Johan; LACOR, Patrick; DESCHEPPER, Reginald. Spirituality / religiosity: a cultural and psychological resource among migrant women from Sub-Saharan Africa with HIV / aids in Belgium. **PLoS One**. v. 11, n. 7, 2016.

ASHFORTH, A. Aids, Religious Enthusiasm and Spiritual Insecurity in Africa. **Global Public Health**, v. 6 :sup 2, p: S132-147, 2011.

ASTIN, J.A.; J, STONE.; ABRAMS, D.I.; MOORE, D.H.; COUEY, P.; BUSCEMI, R.; TARG, E. The effectiveness of remote healing for the human immunodeficiency virus - results of a randomized study. **Altern Ther Health Med**. v. 12, n. 6, p: 36-41, 2006.

BARNEY, R.J., BUCKINGHAM, S.L. HIV/aids and Spirituality in a South African Township: A Qualitative Study. **Journal of Religion and Spirituality in Social Work**, v. 31 n. 1-2, p: 51-66, 2012.

BÜSSING, Arndt; KOENIG, Harold G. Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. **Religions**, v. 1, p: 18-27, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 130 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84).

CAIXETA, C.R.; NASCIMENTO, L.C.; PEDRO, I.C.; ROCHA, S.M. Spiritual support for people living with HIV/Aids: A Brazilian explorative, descriptive study. **Nurs Health Sci**. 2012;14(4):514-9.

CDC. Centers for Disease Control and Health. HIV in the United States and Dependent Areas. **New HIV Diagnoses in the US and Dependent Areas for the Most-Affected**

Subpopulations, 2018.

CHAMBERS, Lori A.; RUEDA, Sergio; BAKER, D. Nico.; WILSON, Michael G.; DEUTSCH, Rachel; RAEIFAR, Elmira; ROURKE, Sean B.; Stigma Review Team
Stigma, HIV and Health: A Qualitative Synthesis, **BMC Public Health**. v. 3, n.15, p:848, 2015.

CROCKETT, A.; VOAS, D. Generations of decline: religious change in century Britain XX . **Journal for the scientific study of religion**, n.45, p:567–584, 2006.

DA CRUZ, Déa Silvia Moura da; CORDEIRO, Rosângela dos Santos; MARQUES, Daniela Karina Antão; SILVA, Paulo Emanuel. Vivência de pacientes com hiv/aids e a influência da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da doença. **Rev. enferm. UFPE on line**; n. 11(supl.10): 4089-4095, out. 2017.

DALMIDA, S.G.; HOLSTAD, M.M.; DILORIO, C.; LANDERMAN, G. The Meaning and Use of Spirituality among African American Women living with HIV/aids. *West J Nurs Res*, v. 34, n. 6, p: 736-65, 2012.

DOOLITTLE, B. R. 1; JUSTICE, A. C.; FIELLIN, D. A. Religion, Spirituality, and HIV Clinical Outcomes: A Systematic Review of the Literature. **Aids Behaviour**. v. 22, n. 6, p: 1792-1801, 2018.

EMLET, C.A.; HARRIS, L.; PIERPAOLI, C.M.; FURLLOTTE, C. The Journey I Have Been Through: The Role of Religion and Spirituality in Aging Well among HIV-Positive Older Adults. **Research on Aging**, v. 40, n. 3, p: 257-280, 2018.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**.v. 196, n. 4286, p: 129-136, 1977.

ERICHSEN, Nora-Beata; BÜSSING, Arndt. Spiritual needs of the elderly living in homes / nursing homes. **Evidence-Based and Complementary Alternative Medicine**, 2013.

ESPIRITO SANTO, C.C.; GOMES, A.M.T.; DE OLIVEIRA, D.C.; MARQUES, S.C. Adesão ao Tratamento Antirretroviral e à Espiritualidade de pessoas com HIV/aids: Estudo de Representações Sociais. **Rev. Enfem. UERJ**. v, 21, n.4, p: 458-63, 2003.

FERREIRA, D.C.; FAVORETO, C.A.O.; GUIMARÃES, M.B.L. A Influência da Religiosidade no conviver com o HIV. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**; v. 16, n.41, p: 383-93, 2012.

FORTI, Samanta; SERBENA, Carlos Augusto; SCADUTO, Alessandro Antonio. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1463-1474, abr. 2020.

GALVAO, Marli Teresinha Gimenez; PAIVA, Simone de Sousa. Vivências para enfrentar o HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 64, n. 6, p. 1022-1027, dezembro de 2011.

GUIMARAES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. psiquiatr. clin.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 88-94, 2007.

GRODENSKY, C.A., GOLIN, C.E., JONES, C., MAMO, M., DENNIS, A.C., ABERNETHY, M.G., PATTERSON, K.B."I Should Know Better": The Roles of Relationships, Spirituality, Disclosure, Stigma, and Shame for Older Women Living With HIV Seeking Support in the South. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 26, n. 1, p: 12-23, 2015.

HADDAD, B. Reflections on the church and HIV or aids. **Theology Today**, v. 62, p: 29–37, 2005.

HILE, S.J., FELDMAN, M.B., RAKER, A.R., IRVINE, M.K. Identifying Key Elements to Inform the Development of an HIV Health Behavior Maintenance Intervention. **American Journal of Health Promotion**, v. 32, n. 1, p: 48-58, 2018.

HIPOLITO, R.L., DE OLIVEIRA, D.C., DA COSTA, T.L., MARQUES, S.C., PEREIRA, E.R., GOMES, A.M.T.Quality of life of people living with HIV/aids: Temporal, socio-demographic and perceived health relationship. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

HODGE, D.; ROBY, J. Sub-Saharan African Women Living with HIV/aids: An Exploration of General and Spiritual Coping Strategies. **Journal of Religion and Spirituality in Social Work**, v. 55, n. 1, p: 27-37, 2010.

HUSSEN, S.A., TSEGAYE, M., ARGAW, M.G., ANDES, K., GILLIARD, D., del Rio, C.Spirituality, social capital and service: Factors promoting resilience among Expert

Patients living with HIV in Ethiopia. **Global Public Health**, v. 9, n. 3, p: 286-298, 2014.

HUTSON, S.P.; DARLINGTON, C.K.; HALL, J.M.; HEIDEL, R.E.; GASKINS, S. Stigma and Spiritual Well-being among People living with HIV/aids in Southern Appalachia. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 39, n. 6, p: 482-489, 2018.

IRONSON, G.; KREMER, H.; LUCETTE, A. Relationship Between Spiritual Coping and Survival in Patients with HIV. **J Gen Intern Med**, v. 31, n. 9, p:1068-76, 2016.

KANG, S.K., LEE, K.M.A Phenomenological Study on the Lived Experiences of Korean Men Living with HIV. **Journal of Social Service Research**, v. 42, n. 5, p: 665-674, 2016.

KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and health: a review and update. **Advances**, v. 29, n. 3, p: 11-18, 2015.

KONKLE-PARKER, D.J.; ERLIN, J.A.; DUBBERT, P.M. Barriers and facilitators to medication adherence in a southern minority population with HIV disease. **J Assoc Nurses aids Care**, v. 19, n. 2, p: 98-104, 2008.

KREMER, H.; IRONSON, G. Everything changed: Spiritual Transformation in people with HIV. **Int J Psychiatry Med**. v. 39, n. 3, p: 243-62, 2009.

KWANSA, B.K. Complex negotiations: 'Spiritual' therapy and living with HIV in Ghana. **African Journal of aids Research**, v. 9, n. 4, p: 449-458, 2011.

LEE, M.; NEZU, A.M.; NEZU, C.M. Positive end Negative religious coping, depressive symptoms, and quality of life in people with HIV. **J Behav Med**, v. 37, p: 921-30, 2014.

LINDAYANI, L., CHEN, Y.C., WANG, J.D., KO, N.Y. Complex Problems, Care Demands, and Quality of Life Among People Living With HIV in the Antiretroviral Era in Indonesia. **Journal of the Association of Nurses in aids Care**, v. 29, n. 2, p: 300-309, 2018.

LOWTHER, K., HARDING, R., SIMMS, V., AHMED, A., ALI, Z., GIKAARA, N., SHERR, L., KARIUKI, H., HIGGINSON, I.J., SELMAN, L.E.Active ingredients of a person-centred intervention for people on HIV treatment: Analysis of mixed methods trial data. **BMC Infectious Diseases**, v. 18, n. 1, 2018.

MARQUES, H. H. S. et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/aids e seus pais e cuidadores. **Cadernos de Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 619-629, 2006.

MEDEIROS, Bruno; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 29, n. 1, p. 53-61, março de 2012.

METAWEH, M., IRONSON, G., BARROSO, J. The Daily Lives of People With HIV Infection: A Qualitative Study of the Control Group in an Expressive Writing Intervention. **Journal of the Association of Nurses in aids Care**, v. 27, n. 5, p: 608-622, 2016.

MOHER, David et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PlosMedicine**, v. 6, n. 7, 2009.

MOLZAHN, A., SHEILDS, L., BRUCE, A., STAJDUHAR, K., MAKAROFF, K.S., BEUTHIN, R., SHERMAK, S. People living with serious illness: Stories of spirituality. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21 n. 15-16, p: 2347-2356, 2012.

MURRAY, Scott A.; KENDALL, Marilyn; BOYD, Kirsty; WHORTH, Allison; BENTON, T. Fred. "Exploring the spiritual needs of people who die from lung cancer or heart failure: a prospective study of qualitative interviews with patients and their caregivers". **Palliative Medicine**, n. 18, p: 39-45, 2004.

MUSHEKE, M.; BOND, V.; MERTEN, S. Self-care practices and experiences of people living with HIV not receiving antiretroviral therapy in an urban community of Lusaka, Zambia: Implications for HIV treatment programmes. **Aids Research and Therapy**, v. 10, n. 1, 2013.

NEJAT, Nazi; WHITEHEAD, LISA; CROWE, Marie. Exploratory psychometric properties of the Farsi and English versions of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ). **Religions**, v. 7, n. 7, 2016.

OWENS, S. African american women living with HIV/aids: Families as sources of support and of stress. **Social-Work**, v. 48, n. 2, p: 163-170, 2003.

PINHO, C.M.; DÂMASO, B.F.R.; GOMES, E.T.; TRAJANO, M.F.C.; ANDRADE, M.S.; VALENÇA, M.P. Religious and Spiritual Coping in people living with HIV/aids. **Rev. Bras Enfem**, v. 70, n. 2, p: 392-9, 2017a.

PETERSON, J.L. The case for connection: Spirituality and social support for women

living with HIV/aids. **Journal of Applied Communication Research**, v. 39, n. 4, p: 352-369, 2011.

PEREZ-GIRALDO, B.; VELOZA-GOMEZ, M.M.; ORTIZ-PINILLA, J.E. Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/aids. **Invest Educ Enferm**. v. 30, n. 3, 2012.

PINHO, C.M., GOMES, E.T., TRAJANO, M.F.C., CAVALCANTI, A.T.A.E., ANDRADE, M.S., VALENÇA, M.P. Impaired religiosity and spiritual distress in people living with HIV/aids. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 38, n. 2, 2017b.

POOROLAJAL, J.; HOOSHMAND, E.; MAHJUB, H.; ESMAILNASAB, N.; JENABI, E. Survival Rate of aids Disease and Mortality in HIV-infected Patients: A Meta-Analysis. **Public Health**. v, 139, p: 3-12, 2016.

PUCHALSKI, C. M., VITILLO, R.; HULL, S. K., RELLER, N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **J. Pall. Med.**, v. 17, n. 6, P: 642-656, June. 2014

RODRIGUES, A. S. et al. Representações sociais de adolescentes e jovens vivendo com HIV acerca da adolescência, sexualidade e aids. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 680-687, 2011.

SELMAN, L., SIMMS, V., PENFOLD, S., POWELL, R.A., MWANGI-POWELL, F., DOWNING, J., GIKARA, N., MUNENE, G., HIGGINSON, I.J., HARDING, R. 'My dreams are shuttered down and it hurts lots'-a qualitative study of palliative care needs and their management by HIV outpatient services in Kenya and Uganda. **BMC Palliative Care**, v. 12, n. 1, 2013.

SILVA, Cassiano Augusto Oliveira da; CAVALCANTI, Ana Paula Rodrigues; LIMA, Kaline da Silva; CAVALCANTI, Carlos André Macêdo; VALENTE, Tânia Cristina de Oliveira; BÜSSING, Arndt. Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ): Validity Evidence among HIV+ Patients in Northeast Brazil. **Religions** 2020, 11, 234.

SILVA, Josevânia da; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Vulnerabilidade e convivência com o HIV/aids em pessoas acima de 50 anos. **Rev.Mal-Estar Subj**, Fortaleza, v. 12, n. 3-4, p. 817-852, dez. 2012.

SILVA, Leonara Maria Souza da; TAVARES, Jeane Saskya Campos. O papel da família como rede de apoio a pessoas vivendo com HIV / aids: uma revisão da pesquisa brasileira sobre o tema. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.

1109-1118, abril de 2015.

STEWART, Jennifer M.; THOMPSON, Keitra. Readiness to implement HIV testing in African American church settings. **J Relig Health**, v. 55, n. 2, p: 631-640, 2016.

SULMASY, D. P. A biopsychosocial-spiritual model for care of patients at the end of life. **Gerontologist**, v. 42, n. 3, p: 24-33, 2002.

TRASMONTANO, P.; PEREIRA, E.; SILVA, R.M. Spirituality and bibliotherapy in the treatment of patients with HIV/aids: a phenomenological perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 12, p: 743-745, 2013.

TREVINO, Kelly M.; PARGAMENT, Kenneth I.; COTTON, Sian; LEONARD, Anthony C.; HAHN, June; CAPRINI-FAIGIN, Carol Ann; TSEVAT, Joel. Religious Coping and Physiological, Psychological, Social, and Spiritual Outcomes in Patients With HIV/aids: Cross-Sectional and Longitudinal Findings. **Aids Behav.** v. 14, n. 2, p: 379-89, 2010.

TSEVAT, J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV or aids. **Journal of Internal Medicine**, v. 21, p: S1–S2, 2006.

VALENTE, Tânia C. O. Adaptação transcultural para a língua portuguesa e validação do Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ). **Religions**. v. 9, n. 135, p: 1-10, 2018.

VAN NIEKERK, Brimadevi. Religião e espiritualidade: Quais são as diferenças fundamentais? **Herv. teol. viga**, Pretória, v. 74, n. 3, p. 1-11, 2018.

VOAS, D. CROCKETT, A. Religion in Britain: neither to believe nor to belong. **Sociology** n.39, p: 11–28, 2005.

VON WYNGAARD, A. Addressing the Spiritual Needs of People Infected by HIV and Aids in Swaziland. **Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care**, v. 9, p: 226-40, 2013.

WHO - World Health Organization. WHOQOL HIV Group. Initial steps to developing the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/aids. **Aids Care**, v. 15, n. 3, p: 347-357, 2003.

WYNGAARD, A.V. Addressing the Spiritual Needs of People Infected by HIV and Aids in Swaziland. **Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care**, v.9, p:

226-40, 2013.

QUESTIONÁRIO DAS NECESSIDADES ESPIRITUAIS

ANEXO 1

Cada pessoa tem seus pontos de vista únicos e particulares. As frases abaixo foram ditas por diversos outros pacientes e Podem não se aplicar necessariamente ao que você pensa. Por favor, leia cuidadosamente as frases que você vê abaixo e então indique quão verdadeira elas são para você e sua situação atual circulando um número por linha.

Quando você achar que é uma necessidade (SIM), então indique quão forte ela é.

De outra forma indique a opção NÃO.

Por favor seja o mais honesto e verdadeiro possível. Não há resposta certa ou errada.

Nos últimos 30 dias , você tem sentido necessidade de....		não	sim	se SIM, qual a intensidade disso?		
				MEDIA	FORTE	MUITO FORTE
N2	Falar com os outros sobre seus medos e preocupações?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N3 *	Que alguém de sua comunidade religiosa (ex: pastor, padre) cuidasse de você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N4	Refletir sobre seu passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N5	Resolver aspectos "em aberto", problemas pendentes na sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N6	Ter mais contato com a beleza da natureza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N7	Permanecer em um lugar de quietude e paz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N8	Encontrar paz interior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N10	Encontrar sentido na doença e/ou sofrimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N11	Falar com alguém sobre o significado da vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N12	Falar com alguém sobre a possibilidade de vida após a morte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N13	Voltar-se para alguém em uma atitude de amor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N14	Abrir mão, doar algo seu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N15	Consolar alguém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N16	Perdoar alguém de seu passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N17	Ser perdoado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N18	Rezar/orar com alguém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N19	Que alguém reze por você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N20	Rezar para si mesmo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3

N21	Participar de uma cerimônia religiosa (ex: missa, culto)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N22	Ler livros religiosos/espirituais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N23	Voltar-se para uma presença maior (ex: Deus, Alá)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N24*	Se sentir completo e seguro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N25*	Sentir-se conectado com sua família?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N26	Transmitir sua própria experiência de vida a outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N27	Ter certeza de que sua vida teve valor e significado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N28	Ser inserido novamente nas preocupações de seus familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N30	Receber mais suporte de sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3

© Prof. Dr. Arndt Büssing, Witten/HerdeckeUniversity; Portuguese Version: Prof^{fas} Tânia C O Valente, Ana Paula R Cavalcanti e aluno Anderson Tarocco Junior, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – RJ