

ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL EM PACIENTES COM HIV/AIDS

SILVA, SALLY KNEVITZ DA¹; PASSOS, SUSANE MÜLLER KLUG²; AMARAL,
PAULINIA³; BACH, SUELEN DE LIMA⁴; MARQUES, CRITAL⁵; SOUZA, LUCIANO
DIAS DE MATTOS⁶

¹ Universidade Católica de Pelotas – sallyknevitiz@hotmail.com

² Universidade Católica de Pelotas – susanekpassos@gmail.com

³ Universidade Católica de Pelotas – paulinia.amaral@gmail.com

⁴ Universidade Católica de Pelotas – sulbach@yahoo.com.br

⁵ Universidade Católica de Pelotas – cristal.c@hotmail.com

⁶ Universidade Católica de Pelotas – luciano.dms@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A prevalência de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV/AIDS) tem crescido drasticamente. Conforme boletim do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), até o final do ano de 2010 havia 34 milhões de pessoas vivendo com HIV (UNAIDS, 2011). No Brasil, os casos notificados da doença, de 2000 até 2012, totalizam 446318 (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

A religiosidade e a espiritualidade são apontadas pela literatura internacional como recursos auxiliares no enfrentamento de eventos estressores, especialmente para pacientes com HIV/AIDS (FARIA, 2006; CALVETTI, 2008). Afinal, tais recursos também permitiriam o ajustamento psicológico a partir do apoio social, vista a necessidade de reestruturação da vida devido ao prognóstico (ARAÚJO, 2012; CALVETTI, 2008).

No entanto, são escassas pesquisas no Brasil que abordem este contexto da religiosidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Esta relação, por sua vez, configura-se importante devido ao vínculo existente entre fatores psicológicos e físicos (de natureza imunológica) e a influência que a religiosidade exerce nas variações patogênicas. Neste sentido, o apoio social gerado pelos aspectos religiosos pode interferir na progressão do vírus HIV e nos modos de enfrentamento da AIDS (ULLA, 2002).

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo verificar associação entre religiosidade e saúde mental (indicativos de ansiedade e depressão) em pacientes com HIV/AIDS que consultam no SAE (Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS) de Pelotas.

2. METODOLOGIA

Estudo transversal realizado no período de dezembro de 2011 a julho de 2012. A seleção amostral foi por conveniência no SAE, responsável pelos atendimentos da região sul do estado.

Foram incluídos no estudo os pacientes acima de 18 anos que aprovaram a participação, compreenderam e assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critérios de elegibilidade da amostra, foram utilizados: compreensão cognitiva dos questionários; possibilidade de

permanecer sozinho na sala com o entrevistador. No total, 690 pacientes com sorologia positiva para HIV ou com diagnóstico clínico de AIDS foram convidados a participar. Destes, 625 aceitaram ser entrevistados, contudo, 8 participantes foram excluídos por não preencherem adequadamente parte do instrumento de pesquisa.

O tamanho amostral foi calculado *a posteriori*, chegando-se a um mínimo de 588 sujeitos para associação significativa entre presença de ansiedade e religiosidade. Considerou-se como base estimativa a diferença de 12% entre expostos e não expostos para presença de religiosidade, com intervalo de confiança de 95%. Já na avaliação da relação entre ansiedade e depressão com ter religião, o cálculo de tamanho da amostra foi inferior a 588.

Para avaliar depressão e ansiedade foi utilizada a escala hospitalar *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD). A mesma foi validada no Brasil para pacientes com dor crônica e HIV/AIDS e é composta por 14 questões de múltipla escolha sobre sintomas da última semana, sete para avaliação da depressão e sete para ansiedade. A pontuação em cada subescala varia de 0 a 21, sendo que valores iguais ou acima de 9 são considerados como sintomatologia significativa. Estes são escores independentes. As variáveis criadas foram dicotômicas: ansiedade e depressão, sim ou não. O instrumento teve alta sensibilidade comprovada e não apresenta viés de confusão com sintomas comuns em doenças clínicas, pois visa a realização do diagnóstico (CASTRO, 2006).

Como desfechos, foram avaliados a presença e ausência de: (1) religião; (2) prática religiosa; (3) religiosidade.

(1) Para religião, foi utilizada a pergunta “Tu tens religião?”, com “sim” ou “não” como opções de resposta.

(2) Para prática religiosa as questões “Com que frequência tu vais à missa, culto ou sessão na tua religião?” e “Com que frequência tu rezas?” foram consideradas. A prática do paciente pelo menos uma vez por mês em ambas questões foi considerada como significando presença de prática religiosa (frequentar instituição e rezar).

(3) Como religiosidade, será considerado o conjunto de ter e praticar religião - (1) e (2)

Foi realizada checagem automática no momento da digitação e verificação de suas inconsistências comparando as duas entradas de dados no programa Epi-Info 6.0, garantindo maior fidelidade às informações. Para o tratamento estatístico, foi utilizado o programa SPSS 10.0. A análise inicial teve como objetivo obter frequências das variáveis independentes, a fim de caracterizar a amostra do estudo. Foi feita uma análise de significância estatística para verificar diferenças das proporções de religiosidade em relação às variáveis independentes (ansiedade e depressão) em estudo, através do teste qui-quadrado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos entrevistados, 51,8% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 42 anos ($\pm 11,46$) e a escolaridade média foi de 6,96 ($\pm 4,06$). A maioria pertencia a classe socioeconômica C. De acordo com a escala HAD, 46,9% tinham indicativo de ansiedade e 34,4% indicativo de depressão. Quanto aos desfechos avaliados, 76,6% relataram ter alguma religião e 54,6%, realizar prática religiosa (rezar e frequentar culto pelo menos 1 vez por mês). Ao considerar religiosidade como ter e praticar religião, 50,9% preencheram os critérios para esta variável.

Verificou-se que, dos pacientes não ansiosos, 55,8% apresentaram religiosidade (equivalente a ter e praticar religião) e 58,8% apenas praticavam religião. Estas prevalências foram, respectivamente, de 45% e 49,5% nos pacientes com sintomas de ansiedade. Quanto a ter ou não crença religiosa, 80,5% dos pacientes não ansiosos e 71,7% dos ansiosos relataram ter religião. Para todas estas prevalências houve diferença estatisticamente significativa. Nos grupos de pacientes sem e com sintomas depressivos, não houve diferença significativa para religiosidade e prática religiosa. Já quanto a ter crença religiosa, 80% dos pacientes do grupo sem depressão e 69,3% dos pacientes com depressão relataram ter religião ($p < 0,05$).

4. CONCLUSÕES

Sugere-se que a religiosidade traga benefícios para a saúde mental, especialmente nos sintomas ansiosos, possibilitando um ajustamento psicológico frente à doença.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, V.G. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: influência das crenças na qualidade de vida e adesão ao tratamento. Anais Eletrônico, VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica, 2012.

Ministério da Saúde do Brasil. **Boletim Epidemiológico AIDS – DST, versão preliminar**. Brasília, 2012. Acessado em 23 abr. 2013. Online. Disponível em www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bolepi_vol_43_n1.pdf

CALVETTI, P.Ü., MULLER, M.C., NUNES, M.L.T. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 523-30, 2008.

CASTRO, M. M. C. et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 56 (2006).

FARIA, J. B., SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-64, 2006.

ULLA, S. et al. Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: realidade ou ficção? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n.1, p.113-19, 2002.

UNAIDS report on the Global AIDS Epidemic 2011- World Health Organization - WHO (OMS) and UNAIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS** – Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde do Brasil.