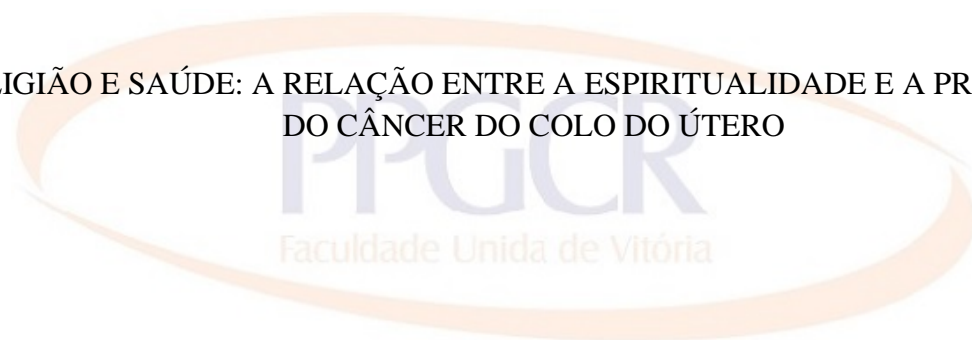


FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

PAULA ROCHA DE MORAES

RELIGIÃO E SAÚDE: A RELAÇÃO ENTRE A ESPIRITUALIDADE E A PREVENÇÃO
DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO



PAULA ROCHA DE MORAES

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória – 27/02/2020.



RELIGIÃO E SAÚDE: A RELAÇÃO ENTRE A ESPIRITUALIDADE E A PREVENÇÃO
DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestra em Ciências das Religiões
Faculdade Unida de Vitória
Programa de Pós-Graduação
Linha de pesquisa: Religião e Esfera Pública

Orientador: Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos

Vitória - ES
2020

Moraes, Paula Rocha de

Religião e saúde / a relação entre a espiritualidade e a prevenção do Câncer do Colo do Útero / Paula Rocha de Moraes. – Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2020.
ix, f. 73; 31 cm.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2020.

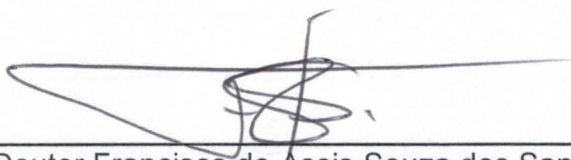
Referências bibliográficas: f. 68-73

1. Ciências das religiões. 2. Religião e Esfera Pública. 3. Religião e saúde. 4. Câncer. 5. Espiritualidade e saúde. 6. Espiritualidade e prevenção do Câncer. - Tese. I. Paula Rocha de Moraes. II. Faculdade Unida de Vitória, 2020. III. Título.

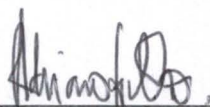
PAULA ROCHA DE MORAES

RELIGIÃO E SAÚDE: A RELAÇÃO ENTRE A ESPIRITUALIDADE E A
PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO

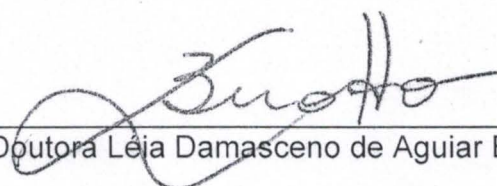
Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões no Programa de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória.



Doutor Francisco de Assis Souza dos Santos – UNIDA (presidente)



Doutor José Adriano Filho – UNIDA



Doutora Léia Damasceno de Aguiar Brotto – UFES



Dedico esse trabalho a minha família e amigos, que sem dúvida são a base sólida dessa conquista, agradeço a espiritualidade superior por me proporcionar vivenciar essa experiência transformadora e meu orientador por compartilhar comigo não só conhecimento, me ensinou muito sobre amor ao próximo, perdão e autoconhecimento.



Você é o único representante do seu sonho na face da terra.
(EMICIDA)

RESUMO

O presente trabalho é uma análise da relação entre religião e saúde, e possui o objetivo de investigar a influência da religião na prevenção do câncer do colo do útero. Ao longo do texto é possível observar que historicamente houve um convívio de rejeição de ambas as partes, de modo que em alguns momentos da trajetória humana ser religioso significava se opor aos princípios da ciência, e vice-versa. No percurso da pesquisa, se conhece melhor o desenvolvimento da percepção da visão da ciência para com a religião, e de igual forma da religião para com a ciência, e se observa que com o desenvolvimento tecnológico e filosófico, o atrito dessas duas dimensões do pensamento humano tende a diminuir, de maneira que em certas ocasiões é possível até mesmo ensaiar um encontro de ideias. Para esta pesquisa utiliza-se como paradigma a temática do câncer do colo do útero, que é uma das doenças mais recorrentes e de maior preocupação para os profissionais da área da saúde. Na busca de uma melhor compreensão sobre o tema, realizou-se um estudo de campo na cidade de Tombos, localizada na Zona da Mata do estado de Minas Gerais. A referida pesquisa trouxe diversos dados que possibilitaram uma profunda reflexão acerca do assunto, dando retornos importantes, como por exemplo a informação de 70% das entrevistadas que disseram não receber nenhuma informação acerca de saúde, advindos de suas religiões. Esses dados são de uma enorme significância, uma vez que demonstram que em diversas situações, a religião ainda está em descompasso com a ciência. Outrossim, este estudo também demonstrou que a grande maioria das religiões cristãs promovem a campanha Outubro Rosa em suas igrejas, o que pode significar que a massificação com que essa campanha é feita faz com que sua aceitação seja maior na sociedade, sobretudo em círculos de acesso mais restrito, como no meio religioso. A pesquisa em tese não é apenas uma análise sistematizada de dados acerca da relação saúde-religião-espiritualidade no âmbito das igrejas de Tombos, sabendo que a espiritualidade é vista como um processo dinâmico, pessoal e experiencial, que procura a atribuição e significado no sentido da existência, podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso, o trabalho busca conhecer como os assuntos relacionados com a saúde humana, em especial a saúde da mulher, são abordados e tratados no seio da religiosidade brasileira.

Palavras-chave: Saúde. Religião. Câncer.

ABSTRACT

The present work is an analysis of the relationship between religion and health, and aims to investigate the influence of religion in the prevention of uterine cervical cancer. Throughout the text, it is possible to observe that historically there was a rejection of both parties, so that in some moments of the human trajectory, being religious meant opposing the principles of science, and vice versa. In the course of the research, the development of the perception of the view of science towards religion is better known, and from religion towards science, and it is observed that with technological and philosophical development, the friction of these two dimensions of thought human tends to decrease, so that on certain occasions it is even possible to rehearse an encounter of ideas. For this research, the theme of uterine cervical cancer is used as a paradigm, which is one of the most recurrent diseases and of greatest concern to health professionals. In the search for a better understanding on the subject, a field study was carried out in the city of Tombos, located in the Zona da Mata of the state of Minas Gerais. This research brought several data that allowed a deep reflection on the subject, giving important returns, such as the information of 70% of the interviewees who said they did not receive any information about health, coming from their religions. These data are of enormous significance, since they demonstrate that in several situations, religion is still out of step with science. Furthermore, this study also demonstrated that the vast majority of Christian religions promote the October Pink campaign in their churches, which may mean that the massification with which this campaign is carried out makes it more widely accepted in society, especially in circles of access. more restricted, as in the religious milieu. The thesis research is not only a systematic analysis of data about the health-religion-spirituality relationship in the context of the churches of Tombos, but rather, this work seeks to understand how issues related to human health, especially women's health, they are approached and treated within Brazilian religiosity.

Keywords: Health. Religion. Cancer.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Universo da Pesquisa de Campo.

Gráfico 2: Nível de escolaridade das entrevistadas

Gráfico 3: Escolaridade das entrevistadas evangélicas.

Gráfico 4: Mulheres que declaram já terem ouvido falar a respeito de Infecções Sexualmente Transmissíveis dentro do seu grupo religioso.

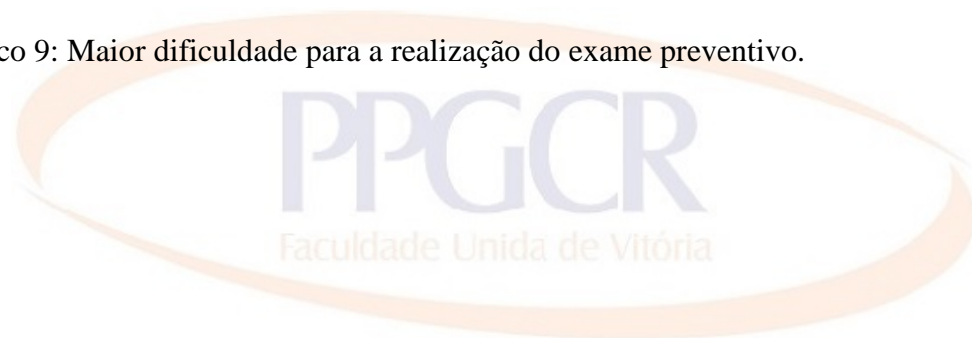
Gráfico 5: Religião contribui para o bem-estar.

Gráfico 6: Religião e hábitos saudáveis.

Gráfico 7: Sexo com um parceiro.

Gráfico 8: Mulheres que receberam informações sobre a Campana Outubro Rosa

Gráfico 9: Maior dificuldade para a realização do exame preventivo.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 RELIGIÃO E SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS.....	12
1.1 Saúde e sagrado: origem da doença, práticas de atendimento e avanço científico	13
2 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	28
2.1 Epidemiologia do câncer e atenção primária a Saúde	28
2.2 Espiritualidade e câncer, a religião como estratégia de enfrentamento e elemento preventivo e promotor da saúde.....	36
2.3 Espiritualidade e saúde, apoio através da fé e contribuição da pastoral.....	40
3 PESQUISA DE CAMPO	52
3.1 Sobre o universo da pesquisa e aplicação do questionário.....	52
3.2 Análise dos dados	54
CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	73
ANEXO	77

INTRODUÇÃO

É sabido que a trajetória humana é marcada por uma estreita ligação com a religião. Essa ligação, segundo pesquisadores, é um dos principais propulsores da sociedade, de maneira que em diversos momentos da história do ser humano sua vida era essencialmente guiada pela religião, como por exemplo a política, que se entendia como algo divino e se acreditava que o governante era um escolhido dos deuses, ou então filho ou até mesmo a encarnação de um deus ou divindade.

Com a saúde, a história também segue um caminho semelhante, uma vez que há uma constante preocupação do homem com sua sobrevivência e longevidade na Terra. A busca pela saúde e pelo bem-estar é algo presente em praticamente toda trajetória humana, e assim é possível encontrar registros, em todas as eras humanas, de demandas para curar doenças e alcançar a vida eterna, por exemplo.

Nisso, esta pesquisa se torna importante, uma vez que coloca em pauta a reflexão de como a relação saúde-religião marcou a história do ser humano, uma vez que como já registrado, essas duas estruturas são de suma importância. Além disso, este trabalho procura conhecer como essa relação pode ser benéfica ao ser humano, em especial quando se fala na prevenção do câncer do colo do útero, que anualmente aflige muitas mulheres em todo o mundo.

A partir de então se buscou conhecer o discurso dos seguimentos religiosos no Brasil, em especial o catolicismo, o espiritismo e o seguimento evangélico. Nesse ínterim, o principal objetivo dessa dissertação será identificar se o discurso religioso incentiva seus seguidores na busca da promoção da saúde, em especial na saúde da mulher com a prevenção do câncer do colo do útero.

Esta pesquisa está ancorada em uma revisão bibliográfica e uma pesquisa de campo. A parte de revisão bibliográfica é importante para se obter o conhecimento histórico que permeia o assunto em voga, enquanto a pesquisa de campo é imprescindível para se conhecer a realidade social do assunto. A referida pesquisa de campo foi elaborada em forma de entrevista com as mulheres frequentadoras dos seguimentos religiosos escolhidos como paradigmas para esta pesquisa.

Esta dissertação foi dividida em três capítulos. O primeiro busca ligar os aspectos históricos da relação entre religião e saúde, estabelecendo uma cronologia da evolução dos conceitos de saúde e doença, mostrando como os eventos ocorridos em ambas esferas, (saúde e religião) tem uma grande aproximação, sendo possível observar a interferência da religiosidade na saúde dos indivíduos desde a antiguidade até os tempos atuais. Estabelecendo

a partir de dados históricos as transformações dessa relação, justificada pela modificação da forma de pensar da sociedade que passou a exigir comprovações científicas para as doenças, que inicialmente estavam exclusivamente ligadas a questões religiosas e que posteriormente passou por um processo de separação dando início a uma sociedade mais analítica e menos mística; a religião que nunca deixou de influenciar a saúde passa a ter outro papel mais amplo e efetivo, trabalhando no acolhimento dos doentes e familiares o que lhes proporciona conforto e esperança diante do sofrimento, e principalmente atua junto ao sistema de saúde na atenção primária, ajudando na divulgação e propagação de informações a respeito de prevenção e promoção da saúde, zelando pelo autocuidado e bem-estar.

O segundo capítulo, é pautado em uma investigação acerca do câncer do colo do útero. Levantando dados epidemiológicos que apontam uma alta incidência e mortalidade da doença, demonstra assim a relevância da pesquisa. Também é relacionando as particularidades do câncer do colo de útero e os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento, mostrando as estratégias do governo para o diagnóstico precoce e prevenção da doença, visto que além das altas taxas de mortalidade e morbidade, essa enfermidade tem um tratamento muito caro e agressivo, o que acarreta grandes prejuízos ao bem-estar físico do paciente, além de desencadear distúrbios psicológicos no enfermo e familiares.

O último capítulo traz a metodologia e interpretação dos dados colhidos a partir da pesquisa de campo realizada no município de Tombos, cidade localizada na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, estudo feito no período de janeiro a outubro de 2019, que se baseia na aplicação de um questionário semiestruturado contendo 25 questões elaboradas a partir dos dados bibliográficos coletados, essas perguntas abordam as condições socioeconômicas, religiosidade e aspectos ligados ao rastreamento e prevenção do câncer do colo do útero. Sendo respondido por 18 mulheres, com faixa etária entre 45-60 anos, declaradas cristãs, com os seguimentos religiosos do catolicismo, espiritismo e os seguimentos evangélicos que mais se destacam no município, sendo eles Assembleia de Deus, Batista e Maranata.

Essa pesquisa busca levantar dados a respeito da relação entre religião e saúde, com ênfase no câncer do colo do útero, estabelecendo se há benefício ou prejuízo quando relacionamos essas duas estruturas, mensurando a importância da colaboração da sociedade em geral para a eficácia dos programas governamentais para a promoção da saúde da mulher.

1 RELIGIÃO E SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS

O presente capítulo é pautado em um levantamento bibliográfico acerca da relação existente entre religião e saúde, mostrando como o conceito de saúde e doença foi construído ao longo dos anos, apontando a influência da religião durante todo esse processo, o levantamento dos aspectos históricos permite uma compreensão do modelo atual, visto que esse é o reflexo das transformações ocorridas tanto no âmbito religioso quanto no médico-científico. Com isso, é possível procurar um ponto de equilíbrio e estabelecer uma relação harmônica onde a união dos conceitos religiosos e científicos caminhem juntos em prol do bem-estar social.

Desde a antiguidade a sociedade humana lida com o estado de saúde e doença. Sendo a doença configurada como algo fora dos padrões da normalidade, geralmente é relacionada com um desequilíbrio das funções do corpo acarretando um estado de dor e sofrimento¹. Nessa perspectiva, Francisco Alvarez, ao desenvolver a concepção de saúde, diz que ela é.

[...] um conceito médico ou, ao menos, definido pela medicina. Sadio é alguém que não precisa de médico, ou por outro lado, é o saber médico que decide quando o ser humano está sadio ou enfermo. Essa visão deu a ciência médica um grande poder de 'conjunto de normas', de ordenamento, de controle dos comportamentos no tocante ao corpo e, ao mesmo tempo, ajudou o exercício da medicina a avançar pelo caminho de uma atrativa ambiguidade entre o paternalismo e a 'tirania'. Nas asas de um progresso que ofereceu à humanidade êxitos magníficos na luta contra a doença².

No que diz respeito ao contexto saúde-doença surge a necessidade da busca pela cura, ou seja, a luta pela restauração do bem-estar através do equilíbrio entre biológico, físico e psicológico. Assim, por diversas ocasiões, situações vão além dos limites da medicina e tangenciam outras esferas como a da moral, ética, religiosidade e de outras interfaces que permeiam a vida do ser humano³.

Para este estudo, é de suma importância a discussão conceitual dos termos saúde, doença e cuidado, levando em consideração que são conceitos historicamente construídos. Da mesma forma é mister considerar que esses termos, geralmente, são ligados a assuntos complexos e dinâmicos que apresentam variações de acordo com as peculiaridades de cada

¹ ALMEIDA, Cybele Crossetti de. Do mosteiro à universidade: considerações sobre uma história social da medicina na Idade Média. *Aedos*: revista do corpo discente do Programa de Pós-Graduação em História da UFRGS, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p.36-55, jun. 2009. [s.i.]. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/128786>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

² ÁLVAREZ, Francisco. *Teologia da saúde* – São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2013, p. 60.

³ HUIZINGA, Johan. *O declínio da Idade Média*. 2. ed. [s.i.]: Ulisseia, 2005. 261 p.

uma das civilizações envolvidas na construção desse processo. Podemos dizer que a história da medicina atual é cosmopolita, que recebeu durante os anos contribuições de diferentes povos.

Atualmente, a ciência procura trabalhar com um conceito de saúde que vai muito além da antiga ideia que considerava apenas a ausência de dor e/ou doença; o conceito atual, porém, considera, também, a estrutura social, familiar, econômica, política e cultural. Com isso podemos afirmar que saúde é um conceito variável, ou seja, não representa o mesmo parâmetro para todas as pessoas⁴.

Assim, é de observar que a ideia de saúde estará relacionada com a época, o lugar, a classe social, os valores pessoais e familiares, e dependerá ainda de concepções científicas e religiosas de cada indivíduo⁵. Com isso, o profissional da saúde, precisa considerar que cada ser humano apresentará uma necessidade específica, e caso queira combater as doenças, deve conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos da população e desenvolver um plano de ação direcionado, personalizado, o qual será traçado de acordo com as peculiaridades de cada um, ou seja, um tratamento único e muito mais eficiente para aquele recorte populacional.⁶

Dessa feita, para se alcançar uma melhor compreensão entre a relação da religião e a saúde, se faz necessário um levantamento histórico que sirva como base para estabelecer uma cronologia da evolução do conceito de saúde e doença, na sociedade sendo possível correlacionar e mencionar a influência da religião nesse processo.

1.1 Saúde e Sagrado: origem da doença, práticas de atendimento e avanço científico

Durante a antiguidade o modelo de abordagem predominante acerca da relação saúde-doença, era o Médico-Religioso ou Xamanístico, inserido em um contexto religioso-mitológico onde se acreditava que as enfermidades eram oriundas de elementos naturais ou de espíritos sobrenaturais⁷.

⁴ MENDES, Jussara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalba Carvalho. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p.24-32, jun. 2008. *Semestral*. Disponível em: <encurtador.com.br/ciltW>. Acesso em: 31 dez. 2016.

⁵ SANTOS JÚNIOR, Paulo Jonas dos. *A Religião no Currículo de Filosofia do Estado do Espírito Santo e sua Prática Docente*. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências das Religiões, Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2016.

⁶ SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n 1, 2007, p. 29-41.

⁷ SANTOS JÚNIOR, p. 38.

Durante esse período, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino e o enfermo era o responsável por seus males, uma vez que, a doença só acontecia quando havia alguma transgressão individual ou coletiva dos códigos de condutas dos deuses. Dessa feita, o ser humano recebia um sinal da cólera divina, diante dos seus pecados ou faltas⁸.

Nesse interim, os cuidados para com a saúde humana eram regidos pela fé, através de rituais, que, supostamente eram capazes de espantar o mal e conseqüentemente acabar com a doença. Como representantes da vontade divina na Terra, líderes religiosos, sacerdotes, feiticeiros ou xamãs, eram requeridos e utilizados como ponte, para reatar o enlace com as divindades⁹.

Nessa época, os médicos eram, em sua maioria, líderes religiosos que a partir de conhecimentos empíricos ou adquiridos por meio de tradição oral, combinavam esses com os rituais de cura de sua religião. Essa medicina primitiva era uma fusão de saberes pagãos, crenças religiosas e uma pequena porção de ciência que, na maioria das vezes, estava relacionada com o uso de plantas medicinais¹⁰.

Igualmente, a história mostra que era bastante comum o ser humano utilizar dos recursos naturais para o tratamento dos doentes, através da associação de práticas médicas com as práticas religiosas¹¹. Não obstante dessa realidade, torna-se mister observar que o uso de plantas como medicamentos antecede a história humana escrita, ao paço que muitas das ervas e temperos usados por seres humanos na comida também produziam compostos medicinais úteis¹². Inclusive, na própria religião judaica, uma das principais bases para o avento do cristianismo, já fazia amplo uso dos recursos naturais. Dessa forma, observa-se que:

O hissopo era utilizado frequentemente para a purificação (Salmos 51:7), foi usada também para impedir que o sangue coagulasse (Êxodo 12: 22). O uso medicinal do hissopo pode ser encontrado em JOÃO (19: 29 – 30). O hissopo bíblico - a planta que é chamada *Hyssopus officinalis*, é nativa do sul da Europa, mas não no Oriente Médio antigo ou no Egito, conseqüentemente o hissopo que nós conhecemos não é o mesmo da Bíblia.

Alguns peritos da Bíblia dizem que a menta estava entre ‘as ervas amargas’ mencionadas no Êxodo 12:8, Números 9: 11, junto com as folhas da endívia, da chicória, da alface, do agrião da água, do espinafre, e do dente-de-leão. Todas essas

⁸ SANTOS JÚNIOR, p. 14.

⁹ SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n 1. 2007, p. 29-41.

¹⁰ SCLIAR, p. 33.

¹¹ SCLIAR, p. 38.

¹² SCLIAR, p. 37.

ervas eram comidas como salada. A menta era ingerida após as refeições para ajudar o sistema digestivo¹³.

A Bíblia também narra que outras dores e doenças eram tratadas com plantas e produtos oriundos da natureza, como óleos e sal. As raízes e as folhas eram vastamente utilizadas com objetivo de aliviar problemas sérios como feridas e reumatismo.

As dores e as feridas eram tratadas com cataplasma feitos da culara do urso, ou mel ou gordura de porco, a resina da hera, o óleo de agrimônia, de sementes de linhaça e a casca do mamão. As torceduras foram envolvidas com uma cataplasma feito das folhas esmagadas da planta consolida. O reumatismo era tratado embebendo o balsamo no óleo verde de oliva e aplicado na parte afetada como linimento. Fazendo massagem com sal seguido por um xampu por todo o corpo, fazia as pessoas sentirem como se estivesse saído de um spa, isto ajudava na circulação do sangue. Os problemas de estômago eram curados com água de alecrim. A raiz do gengibre também era usada mastigada. As dores de cabeça também eram curadas com o chá do alecrim, ou as folhas da hortelã que eram colocadas na testa. O óleo de manjerona era friccionado em cima da região que sofria a dor de cabeça. Os galhos de alecrim eram fervidos em água e usados para lavar o corpo contra as febres¹⁴.

Através das plantas é possível sintetizar uma grande variedade de compostos químicos que são utilizados para desempenhar funções biológicas importantes. O conhecimento sobre plantas medicinais simbolizou por muitas vezes o único recurso terapêutico disponível, sendo utilizado de diversas formas como chás, xaropes, banhos e emplastos.¹⁵

Assim, observa-se que o controle da saúde pela religião abriu espaço para o fortalecimento do Curandeirismo, técnica na qual o praticante afirma ter o poder de curar por meio de forças misteriosas que pretensamente disporia pela pretendida colaboração regular de deuses, posição assumida pelos agentes na prática médica e na prática religiosa, para os quais os diversos aspectos e significados do curandeirismo transitam por um campo simbólico de bens de saúde.¹⁶

Esse modelo, médico-religioso, usava o adoecer como forma de manter a coesão social e aumentar o poder dos líderes religiosos¹⁷. O papel central da religião seria integrar o sistema social, consolidar e estabilizar as relações dos indivíduos. Através da coação externa,

¹³ VERDE, I. F.. *As Plantas na Bíblia*. 2012. Disponível em: <https://magiasdacarol.webnode.com.br/news/as-plantas-na-biblia/>. Acesso em: 06 mar. 2020.

¹⁴ VERDE, 2012.

¹⁵ MACIEL, Maria Aparecida M. *Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares*. Química Nova, Rio de Janeiro. v. 25, n. 3. 2002, p 429-438.

¹⁶ PUTTINI, Rodolfo Franco. *Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil*. Interface, Botucatu, v. 12, n. 24. 2008, p. 87-106.

¹⁷ PUTTINI, p. 91.

controle sobre as doenças, forças sobrenaturais, princípios morais e fidelidade do crente, usavam as crenças religiosas para manter e regular as relações humanas, propiciando estabilidade à sociedade.¹⁸

Dessa perspectiva destaca-se o Cristianismo. Religião monoteísta, com origem no século I, no Oriente Médio, na região da Palestina, tem como base os ensinamentos de Jesus que é considerado a personificação do Cristo, Filho de Deus, é atualmente a maior religião do mundo. Nela, os fiéis adotam a Bíblia como o livro sagrado que é a principal regra de fé. A Bíblia cristã está dividida em duas partes: Antigo Testamento, que relata acontecimentos antes do nascimento de Jesus, enquanto o Novo trata dos fatos a partir do seu nascimento. O cristianismo é dividido em três principais vertentes, o Catolicismo Romano, a Ortodoxa Oriental e o Protestantismo¹⁹. Além dessas grandes vertentes há também seguimentos menores, que possuem características próprias, como por exemplo o Espiritismo, Cristianismo Esotérico e o Antitrinitarismo.

O Instituto Brasileiro de Geografia Estatística IBGE, divulgou os dados do Censo de 2010 sobre a religião dos brasileiros e constatou que no Brasil existe uma predominância dos Cristãos totalizando 86,8% da população dividido nos diversos segmentos religiosos, sendo a maioria católica seguida por evangélicos e espíritas.²⁰

Por religião se entende um sistema de crenças que estabelece as relações dos grupos sociais com um ser transcendente. As religiões são compostas por narrativas históricas, símbolos e tradições que se destinam a dar sentido à vida, a explicar sua origem e a do universo. A palavra religião tem um aspecto público. A maioria das instituições religiosas têm comportamentos organizados, incluindo hierarquias clericais, definição do que constitui adesão ou filiação, congregações de leigos, reuniões regulares, serviços para fins de veneração ou adoração de uma divindade, lugares de oração e escrituras sagradas a que têm acesso os praticantes. De cada religião costumam derivar códigos de moralidade, ética e leis que se diferenciam segundo as instituições.²¹

O gráfico abaixo representa o resultado do Censo do IBGE 2010 sobre a religião (ou a não religião) declarada dos brasileiros. Podendo afirmar que o Brasil está entre as maiores nações católicas do mundo, porém na última década, a Igreja Católica teve uma redução da ordem de

¹⁸ SIQUEIRA, Reis. *O labirinto religioso ocidental. Da religião à espiritualidade*. Do institucional ao não convencional. Sociedade e Estado, Brasília, v. 23, n. 2, 2008, p. 425-462.

¹⁹ AZEVEDO, Thales de. *O catolicismo no Brasil: um campo para a pesquisa social*. Salvador: Edufba, 2002. 73 p.

²⁰ Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE, dados do Censo de 2010. Disponível em: <encurtador.com.br/cvGP4>. Acesso em: 15 jan. 2019.

²¹ LAGES, Fernanda Mendes Ribeiro. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. V. 19, N 6, 2014, p. 1773-1789.

feis²². Observa-se a redução dos católicos e uma notória expansão das correntes evangélicas, o censo detecta uma queda em números absolutos dos adeptos ao catolicismo, dado esse que se difere dos anos anteriores onde havia apenas um crescimento de católicos em ritmo cada vez menos acelerado²³.

Mantida essa tendência, em no máximo 30 anos católicos e evangélicos estarão empatados em tamanho na população. Os números mostram uma redução acentuada de poder da Igreja Católica no país nas últimas décadas, vale a pena ressaltar que nos últimos 10 anos, o número de cristãos manteve-se estável²⁴. Isso indica uma migração de católicos para as demais correntes, principalmente evangélicas. Isso serve para explicar o crescimento da Assembleia de Deus no Brasil. De acordo com o censo de 2010, ela é o maior segmento evangélico sendo o segundo maior do país, atrás apenas da Igreja Católica²⁵.

Com base nos dados apresentados o presente estudo tem como objetivo estabelecer parâmetros que mensurem a influência da religião Cristã na realização do exame preventivo do colo uterino, considerado a principal atividade de promoção e prevenção da saúde relacionadas com o rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero. Para se ter um recorte populacional significativo, serão entrevistadas cristãs dos diferentes seguimentos religiosos, incluindo no grupo amostral tanto católicos quanto evangélicos e espíritas, é importante diversificar os segmentos religiosos visto que cada dia mais o catolicismo tem perdido espaço e não representa mais a totalidade da população cristã. O gráfico do a seguir demonstra a distribuição da população, por grupos de religião do Brasil – 2000/2010.²⁶

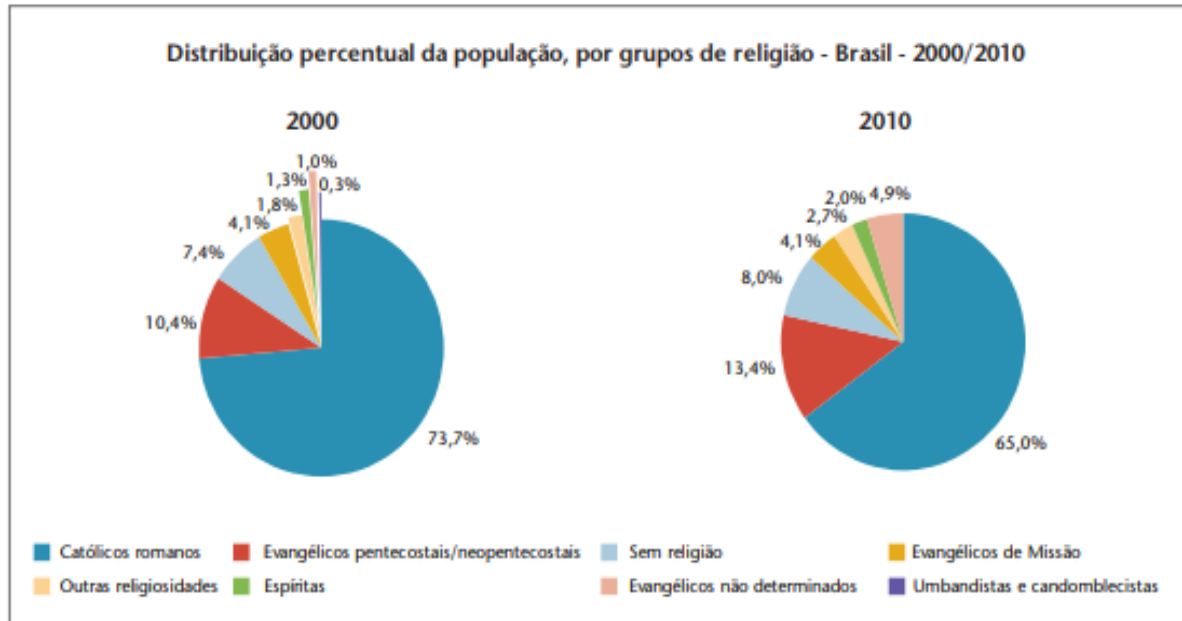
²² SANTOS JÚNIOR, p. 14.

²³ AZEVEDO, p. 73.

²⁴ AZEVEDO, p. 73.

²⁵ AZEVEDO, p. 71.

²⁶ SANTOS JÚNIOR, p. 54.



FONTE: IBGE²⁷

Entre as religiões monoteístas, o cristianismo é, sem dúvida, a que conta com maior número de fiéis e a que está mais difundida em todo o mundo. Aqui no Brasil o seguimento cristão predominante é o Catolicismo, essa vertente do Cristianismo, Igreja Católica Apostólica Romana, constitui um dos sistemas mais centralizadas do mundo²⁸. O seu líder, o Papa, governa a partir da Cidade do Vaticano. Pregam a salvação dos pecados a partir da crença em Cristo.²⁹

Como todas as atividades intelectuais humanas que se ocupam de Deus e da transcendência, a teologia católica também dá continuidade ao esforço de interpretação e de compreensão de alguma coisa de infinito que excede, por definição, as capacidades finitas dos homens. Mesmo quando se renuncia a uma imagem imperscrutável da divindade.³⁰

O protestantismo é a segunda maior forma de cristianismo atualmente. Esse seguimento originou-se com a Reforma Protestante, um movimento contra o que seus seguidores consideravam erros na Igreja na época. Em 1517, com Martinho Lutero, o cristianismo se rompe de maneira muito relevante, superando em muito o que ocorrera no

²⁷ IBGE. Disponível em:

https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag_203_Religi%C3%A3o_Evang_miss%C3%A3o_Evang_pentecostal_Evang_nao%20determinada_Diversidade%20cultural.pdf. Acesso em 21/10/2018

²⁸ HUIZINGA, 2005, p. 76.

²⁹ CHR, Kaiser Verlag. *O Catolicismo Popular no Brasil*. Tipologia de uma Religiosidade Viva. Tradução: Antonio Steffen. Edições Loyola, São Paulo, 1979, p.46.

³⁰ LEVI, Giovanni. *Antropologia católica e história da Itália*. Topoi (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 10, n. 18, 2009, p. 6-13.

Grande Cisma. De maneira geral os protestantes mantêm intacta a crença que Jesus é o Filho de Deus e Salvador do mundo. No entanto, criticavam as vendas de indulgências, aboliram o culto aos santos, a presença real de Cristo na Eucaristia e passaram a usar a língua vernácula e não o latim em seus ritos.³¹

Dentre os seguimentos cristãos podemos destacar também o espiritismo, que surgiu em decorrência das obras de Allan Kardec e que é denominado pelos espíritas como “codificação”, pois Kardec não é considerado o autor do espiritismo e sim aquele que compilou e organizou os conhecimentos transmitidos pelos espíritos. Segundo ele o espírito é a principal causa para a ocorrência dos fenômenos paranormais ou metapsíquicos atesta a existência da vida após a morte e reencarnação.

[...] o Espiritismo trabalha com um padrão singular de reflexividade: enquanto outras escatologias expressam sua crítica à vida social através da idealização da vida após a morte [...], o Espiritismo se distancia desse padrão na medida em que não investe nessa utopia. Ou melhor, desloca o foco da mudança da sociedade para o indivíduo. Daí a representação dos diferentes ‘planos de existência’ como ‘mundos’ que espelham o grau de evolução, isto é, de aperfeiçoamento moral dos seus habitantes.³²

Na Idade Média, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé e intervenção divina; a maior parte dos cuidados de doentes estava entregue a ordens religiosas, que administravam inclusive os asilos, creches e hospitais, indo além de um lugar de cura, mas servindo também de abrigo e conforto para os doentes. Assim a enfermidade passou também a ser um caminho para o entendimento do que é a vida, para a aceitação da morte, principalmente proporcionar um encontro com Deus em um lugar onde não existe mais dor e sofrimento. Porém, apesar dos aspectos místicos, a rotina de cuidados mantinha as técnicas propostas por Hipócrates como por exemplo manutenção da temperatura do doente, hábitos de higiene, repouso e hidratação.³³

Conforme a sociedade evoluiu filósofos da época como Sócrates, Platão e Cícero³⁴ começaram a buscar explicações não sobrenaturais para as origens do universo e da vida,

³¹ MENDONÇA, Antônio Gouvea. *O celeste Porvir: A Inserção do Protestantismo no Brasil*. 3ª Edição, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008, p 245.

³² STOLL, Sandra Jacqueline. *Espiritismo à Brasileira*. São Paulo/ Curitiba: EDUSP/ Orion, 2003, p. 338.

³³ SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 17(1), Rio de Janeiro, 2007, p. 29-41.

³⁴ CRISTOVAM, JOSÉ SERGIO DA SILVA. Sobre a noção de bem comum no pensamento político ocidental: entre becos e encruzilhadas da dimensão ancestral do moderno conceito de interesse público. 2019. p. 109. Disponível em: <encurtador.com.br/dswEM>. Acesso em: 18 out. 2019.

bem como para a saúde e a doença³⁵. Avanço significativo no pensamento médico ocorreu a partir das observações feitas por Hipócrates grande responsável pela constituição de teorias que foram além do modelo sobrenatural para explicar os eventos relacionados à saúde. Desviando do foco de interesse das forças sobrenaturais para o portador da doença, encontrando causas que não estavam relacionadas com intervenção divina ou forças malévolas e sim com agentes externos, higiene e características do indivíduo.³⁶ Conhecido como o Pai da Medicina Ocidental, Hipócrates foi um ícone da rejeição a explicações supersticiosas e míticas para os problemas de saúde e como curar doenças³⁷. Com isso a medicina passou ter uma formação teórica e prática, a perícia clínica baseava-se no conhecimento das diversas doenças e de seus tratamentos.

Em se tratando de história da medicina o suíço Paracelsus também foi um grande contribuinte para a evolução médica, considerado por muitos como um reformador dos medicamentos, ele afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo³⁸. Ele também é lembrado por suas realizações na área de Química conhecido como o fundador da Bioquímica e da Toxicologia, diferenciou a ação dos medicamentos de acordo com a dose ministrada. De acordo com Paracelsus os processos que ocorrem no corpo humano são decorrentes de desarranjos químicos, logo os remédios para curar a doença seriam também agentes químicos, e passou então a administrar aos doentes pequenas doses de minerais e metais, provando que os minerais existiam na forma orgânica e não somente na forma inorgânica (fora do organismo) como se acreditava. Tendo notório sucesso na utilização do mercúrio para o tratamento da sífilis, doença sexualmente transmissível epidêmica na Europa.³⁹

As relações entre ciência e religião mudaram muito ao longo da história. Onde se aplicam métodos diferentes para explicar questões semelhantes. O método da ciência é caracterizado por uma abordagem objetiva, possibilita através de pesquisas, mensurar, calcular e descrever o universo natural, explicando fisiologicamente os mecanismos da doença. Já o método religioso, o fazendo de forma bem mais subjetiva, com base em milagres, revelações, intuição, crença no sobrenatural e na experiência individual.⁴⁰

³⁵ SCLiar, Moacyr, p. 39.

³⁶ BARROS, José Augusto C. *Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?* Saúde e Sociedade. 11(1). 2002, p. 67-84.

³⁷ HUIZINGA, 2005, p. 77.

³⁸ HUIZINGA, 2005, p. 84.

³⁹ SCLiar, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n 1, 2007, p. 29-41.

⁴⁰ REBOLLO, Regina Andrés. *O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno*. Sci. stud., São Paulo, v. 4, n. 1, 2006, p. 45-81.

A ciência é um campo complicado porque não se pode simplesmente “narrar” a realidade, mas refletir sobre fontes, estado da pesquisa, métodos e problemas. Sabendo sempre que esses resultados podem ser transitórios visto que à medida que o conhecimento cresce, ela vai se transformando, suas teorias são corrigidas e modificadas.⁴¹

Na história da ciência, chama-se Revolução Científica o período que começou no século XVI e prolongou-se até o século XVIII. A partir de então, a Ciência, que estava atrelada à Teologia, separa-se desta e passa a ser um conhecimento mais estruturado e objetivo. Partindo da visão de mundo fundado no experimental, o surgimento da ciência moderna é, certamente, um dos principais eventos da história do pensamento e saúde humana.⁴²

No Oriente, a concepção de saúde e de doença segue um rumo diferente, mas de certa forma, semelhante ao da concepção hipocrática estando fundamentada na ideia de que a energia organiza a matéria orgânica. Mencionando forças vitais que existem no corpo que quando funcionando de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, aparecem as doenças. As mais diversas formas terapêuticas como por exemplo a acupuntura e auriculoterapia, têm por objetivo restabelecer o fluxo normal de energia no corpo e conseqüentemente refletir em um corpo físico saudável.⁴³

A Ciência Moderna começou a se desenvolver na Europa e nasceu trazendo uma concepção diferente da Ciência praticada anteriormente, tendo Galileu Galilei como um dos pivôs dessa mudança, a ciência conseguiu articular o método de observação e experimentação com o uso de instrumentos técnicos. Havendo a substituição da imagem mítica do Cosmos pela disciplina rigorosa físico-matemática.⁴⁴

Um outro contexto científico foi se estabelecendo, conformando uma cisão entre o ser humano e a natureza. O individualismo, a criatividade, a laicização do saber forjaram a ambientação cultural de onde emergiu o racionalismo científico, base da ciência moderna, modelado no empirismo indutivo e no racionalismo [...]. O ser humano que acompanhava o nascimento da ciência moderna era conquistador e proprietário da natureza, não mais seu partícipe e observador harmonioso⁴⁵.

⁴¹ THEISSEN, Gerd. *O Jesus Histórico: um manual*. Segunda Edição. Edições Loyola: São Paulo. 2004, p. 13.

⁴² PORTO, C.M. A evolução do pensamento cosmológico e o nascimento da ciência moderna. *Revista Brasileira Ensino Física*, São Paulo, v. 30, n. 4, 2008, p. 4601.1-4601.

⁴³ SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral de. *Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, 2001, p.155-174.

⁴⁴ SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna*. Estud. av., São Paulo, v. 2, n. 2, 1988, p. 46-71.

⁴⁵ SEVALHO, G. *A Historical Approach to Social Representations of Health and Disease*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.9, v. 3, 1993, p. 349-363.

Com Galileu surge a teoria que o Universo estava matematicamente organizado e que ciência se faz por meio de observação e constatação de hipóteses através de experimentos. Dizia que, para se conhecer os fenômenos da natureza, deveriam realizar uma análise quantitativa, mostrando uma forma de mensurar o fato observado. Defensor do experimentalismo, Galileu aprimorou e desenvolveu instrumentos que permitiam uma melhor análise como, por exemplo, lentes, telescópios, microscópios, termômetros e bússolas. O uso desses instrumentos desenvolvidos por Galileu deu ao empirismo uma nova dimensão, com uma nova percepção do mundo, muito menos místico, e acabou por colocar abaixo muitas questões pregadas pelos líderes religiosos da época.⁴⁶

No final da Idade Média, a Europa foi assolada pela peste negra, doença bacteriana transmitida por pulga de roedores, que foi a maior e mais conhecida pandemia da história da humanidade, dizimou cerca de 1/3 da população europeia no Século XIV⁴⁷. O medo da morte provocou uma modificação na forma de encarar as doenças visto que a concepção de saúde existente como mágica e religiosa não conseguiu conter o problema da peste levando à necessidade de se pensar o conceito de doença de uma forma emergencial e racional⁴⁸.

Nesse período ocorreu um grande avanço científico, evidenciando-se a necessidade de laicização do saber, o que levou ao nascimento da ciência moderna. A ciência, que durante toda a Idade Média, sofreu um processo de estagnação, retomou aqui seu papel, com uma nova roupagem. A ciência moderna passou a exigir a sistematização do conhecimento, seguindo para isso normas e regras específicas para a produção do mesmo, o que fez com que a observação, a descrição e a classificação delimitassem o paradigma da mesma.⁴⁹

No Ocidente, com o passar do tempo, observou-se um movimento de desencantamento do mundo, caracterizado pelo desaparecimento da magia, seguido pelo processo de secularização, que deve ser entendido como declínio da religião como potência-instituição, diminuição do status religioso, separação das esferas da vida social e, logo, o afastamento entre saúde e religião. Isso significa mudanças nas instituições religiosas, marcadas, de fato, pela diminuição significativa do campo religioso, ou mesmo negação da religião.⁵⁰

⁴⁶ PORTO, C.M. *A evolução do pensamento cosmológico e o nascimento da ciência moderna*. Rev. Bras. Ensino Fís., São Paulo, v. 30, n. 4, 2008, p. 4601.1-4601.9.

⁴⁷ HUIZINGA, 2005, p. 77.

⁴⁸ SEVALHO, 1993, p. 350.

⁴⁹ PRATTA, E. & Santos, M. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 25 n. 2, 2009, p. 203-211.

⁵⁰ SIQUEIRA, Reis. *O labirinto religioso ocidental. Da religião à espiritualidade*. Do institucional ao não convencional. Sociedade e Estado, Brasília, v. 23, n. 2, 2008, p. 425-462.

A Modernidade se caracteriza pela colocação do indivíduo como medida e como fim. O ser humano, em sua individualidade e racionalidade, de certa forma substitui o centro anterior, a saber, um cosmo sagrado, com suas derivações encompassadoras de sentido e norma, gerido por instituições religiosas que davam a coesão social e cultural e que alocavam o centro de sentido para além do ser humano⁵¹.

Em se tratando da evolução da saúde e influência da religião é relevante citar o processo de secularização, que é um acontecimento na esfera religiosa que reflete na saúde da população, secularização é uma fase de acomodação ao modo de pensar e agir do mundo⁵². A religião perdeu a sua influência sobre as esferas da vida social, principalmente no que diz respeito à saúde, agora o indivíduo passa a ter necessidade de uma explicação científica para os fatos aonde as teorias vão além do modelo sobrenatural da explicação dos eventos.

A secularização implica um processo histórico, quase que certamente irreversível, no qual a sociedade e a cultura são libertadas da tutela do controle religioso e das concepções metafísicas rígidas do mundo. Consolidando ainda mais o distanciamento entre saúde e religião⁵³.

Max Weber é um dos teóricos lembrado ao se falar desse tema. Em suas obras aborda profundamente o assunto, fazendo referência ao processo gradual de abandono dos preceitos culturais que se apoiam na religiosidade. “Secularização, supõe que as religiões de salvação, enquanto motor dos processos de modernização torna-se cada vez mais racionalizadas e subjetivadas, deixando para trás a dimensão mágica que as caracterizou historicamente.”⁵⁴

Em outras palavras, o processo de secularização está relacionado com o surgimento de um modo de vida baseado no capitalismo, não está mais estruturado em torno de uma visão firmada em hábitos ligados à religiosidade. Trata-se da separação dos âmbitos culturais que estão ligados à crença das demais estruturas da vida social, como saúde, política, os aspectos monetários e os processos legais.⁵⁵

O movimento da secularização traz importantes mudanças na maneira do homem entender e encarar a vida, o qual passa a questionar os mitos a respeito do processo saúde e doença, que até então eram inquestionáveis, com isso o homem se viu obrigado a procurar novas respostas desvinculadas da fé, contudo esse processo não representa uma maldição que

⁵¹ PORTELLA, Rodrigo. Religião, Sensibilidades Religiosas e Pós-Modernidade Da ciranda entre religião e secularização. *Revista de Estudos da Religião*, n 2, 2006, p. 71-87.

⁵² COX, Harvey. *A cidade secular*. A secularização e a urbanização na perspectiva teológica. Academia Cristã. Santo André. 2015, p. 52.

⁵³ COX, 2015, p. 53.

⁵⁴ MONTERO, Paula. *Secularização e espaço público*: a reinvenção do pluralismo religioso no Brasil. *Etnográfica Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia* vol. 13 (1). 2009, p. 7-16.

⁵⁵ WEBER, Max. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. 6ª reimpressão. São Paulo: Martin Claret, 2009.

deve ser evitada, mas sim uma oportunidade de observar os fatos com uma nova ótica. A desmistificação do processo saúde e doença trouxe uma evolução no que diz respeito à assistência em saúde, visto que cada vez mais a população necessita de explicações fisiológicas para as disfunções.⁵⁶

Como seria de se esperar, os fiéis comuns não costumam deter-se tão pausadamente no sentido da relação entre ciência e religião quanto os membros mais intelectualizados do movimento. De fato, tal como a distinção entre Igreja e Estado, a separação entre ciência e religião parece ser axial na constituição de moderna configuração de valores, ao lado das ideias de 'individualismo', 'progresso' ou 'razão'.⁵⁷

O processo de secularização está relacionado, portanto, com a construção do mundo moderno. Nesse contexto a modernidade, juntamente com a aceitação do pluralismo e da diversidade religiosa, possibilita a promoção do reconhecimento de várias formas de demonstração cultural do sagrado, contribuindo para o processo de secularização onde existe a ruptura gradual da religião e de organizações sociais construídas sobre bases tradicionais. A partir de então o indivíduo toma para si a responsabilidade de significar suas ações, o que antes ficava a cargo do discurso religioso. A secularização tomou a forma da laicização.⁵⁸

Weber afirmou que o secular tomaria o lugar de deuses e profetas. O que se observa é uma retomada ou, pelo menos, um processo de maior visibilidade social das crenças místico-esotéricas. Correlacionando saúde com o processo de secularização percebe-se que essa nova forma da instituição religiosa interfere na maneira da sociedade ver a saúde a qual está cada vez mais afastada do campo religioso e aproximada do campo científico.⁵⁹

As características da pós-modernidade têm predomínio do instantâneo, da perda de fronteiras, dominação pela imaginação das mídias eletrônicas; colonização do seu universo pelos mercados (econômico, político, cultural e social); celebração do consumo como expressão pessoal e pluralidade cultural.⁶⁰

Numa cultura moderna, em que se reconhece a autonomia dos diversos segmentos da vida individual e social, a saúde e a doença não têm de passar pela definição

⁵⁶ COX, Harvey. *A cidade secular. A secularização e a urbanização na perspectiva teológica*. Academia Cristã. Santo André. 2005, p. 52.

⁵⁷ LEWGOY, Bernardo. Representações de ciência e religião no espiritismo kardecista. Antigas e novas configurações. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, v. 6, n. 2, p. 151. 2006

⁵⁸ RODRIGUES, Elisa. *A formação do Estado secular brasileiro: notas sobre a relação entre religião, laicidade e esfera pública*. Horizonte, Belo Horizonte, v.11, n.29, 2013, p.149.

⁵⁹ SIQUEIRA, Reis. *O labirinto religioso ocidental*. Da religião à espiritualidade. Do institucional ao não convencional. Sociedade e Estado, Brasília, v. 23, n. 2, 2008, p. 425-462.

⁶⁰ PIERUCCI, Antônio Flávio. Secularização em Max Weber: Da contemporânea serventia de voltarmos a acessar aquele velho sentido. *Revista Brasileira Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 37, 1998, p. 43-73.

religiosa ou, se o fazem, é num sentido bastante peculiar. Se tomarmos o caso do cristianismo, encontraremos entendimentos diversos dessa relação na antiguidade e na modernidade. O interessante é que subsistem em geral nas pessoas dimensões antigas e modernas, de modo que idealmente às vezes nos comportamos como pré-modernos, vendo por exemplo na saúde a bênção de Deus e na doença sua punição, e às vezes como modernos, vendo na saúde o resultado de feliz disposição genética, de recursos econômicos e de conhecimento para cuidar da higiene e da alimentação.⁶¹

Com o avanço da ciência consolidou-se o modelo biomédico, onde o conceito de saúde se baseia na integridade do corpo físico o qual deve estar liberto de doenças, dores, ou defeitos, o que torna a condição humana normal “saudável”. O foco desse modelo está na doença e não no paciente, priorizando os processos físicos, tais como a patologia, a bioquímica e a fisiologia de uma doença.⁶² O modelo biomédico focou-se, cada vez mais, na explicação da doença e passou a tratar o corpo em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico.⁶³

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de novembro de 1986, em sua carta afirma que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde.⁶⁴

Com a evolução da concepção de saúde surge o adjetivo holístico que procura compreender os fenômenos como um todo. Estabelecendo um novo paradigma no que diz respeito à saúde, forçando uma visão integrada do sujeito e uma postura transdisciplinar para atender o indivíduo em sua totalidade. O modelo sistêmico atende ao conceito de interdependência das partes os fenômenos apenas podem ser compreendidos com a observação do contexto em que ocorre. Considerando um grande sistema, como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais.⁶⁵

O foco neste modelo não é apenas a doença em si e o tratamento delas, mas todos os aspectos que estariam diretamente relacionados ao fenômeno do adoecer, sejam eles

⁶¹ PAIVA, Geraldo José de. *Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas*. Estudos de Psicologia. Campinas. V.24, n.1, 2007, p. 99-104.

⁶² FIOCRUZ. *Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde*. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33.

⁶³ BARROS, José Augusto C. *Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?* Saúde e Sociedade. 11(1). 2002, p. 67-84.

⁶⁴ CARTA DE OTTAWA PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Ottawa, 1986. Disponível em: <encurtador.com.br/ozBEU>. Acesso em: 21 jan. 2019.

⁶⁵ TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. *Revista. Esc. Enf. USP*, v.30, n.2, 1996, p. 286-90.

fisiológicos, psicológicos, sociais, ambientais, dentre outros, os quais também devem ser considerados para que o tratamento seja eficaz.⁶⁶

Os determinantes sociais da saúde – DSS incluem as condições mais gerais do indivíduo como questões socioeconômicas, culturais e ambientais, que se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias.⁶⁷

As intervenções sobre os determinantes sociais da saúde (DSS), com o objetivo de promover a equidade, devem contemplar os diversos níveis assinalados no modelo de Dahlgren e Whitehead, ou seja, devem incidir sobre os determinantes proximais, vinculados aos comportamentos individuais, intermediários, relacionados às condições de vida e trabalho e distais, referentes à macroestrutura econômica, social e cultural.⁶⁸

Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas



FONTE: CNDSS, 2008.

⁶⁶ SILVA, Katarine Andrade. *Perspectivas, reflexões e desafios dos modelos biomédico e biopsicossocial em psicologia*. 16º Encontro Nacional ABRAPSO. Recife, 2011, p. 23.

⁶⁷ SOBRAL, André. *Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde*. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.1, 2010, p. 35-47.

⁶⁸ CNDSS – *Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 142.

O modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead foi adotado em decorrência da fácil compreensão. Dispondo os DSS em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, na camada mais próxima estão os determinantes individuais como idade, sexo e fatores genéticos. Em seguida, em uma camada abaixo, estão os hábitos diários de cada indivíduo (estilo de vida), onde é levado em consideração os vícios, como tabagismo, alcoolismo, consumo de drogas lícitas e ilícitas, prática de exercícios físicos e etc. Na terceira camada fala-se a respeito das redes sociais e comunitárias, onde o indivíduo encontra o apoio social mais próximo como igrejas, agremiações, escolas, centros comunitários, redes sociais virtuais entre outras. Na camada seguinte, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, o acesso a alimentos e serviços essenciais, como saneamento básico, saúde e educação, mostrando que as pessoas em desvantagem social apresentam maior vulnerabilidade aos riscos à saúde. Por fim, o último nível apresenta aqueles que são considerados os macro determinantes, que possuem grande influência sobre as demais divisões estão relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais.⁶⁹

Temos então uma ampliação conceitual de saúde, não mais restrita ao aspecto individual e sim considerando o organismo social, sendo a saúde um fenômeno social, assim vale a citação de Lélia Madeira que diz;

[...] doença não pode ser considerada apenas como fenômeno individual, mas como a manifestação concreta dos processos sociais que determinam a saúde coletiva e se apresenta, justamente, porque esses processos desencadeiam e transformam as relações entre hospedeiro, agente e ambiente⁷⁰

Com isso pode-se afirmar que é imprescindível evitar o conflito entre a medicina tradicional e a científica, devendo-se enxergá-las não como antagônicas, mas como complementares unidas em prol da saúde da população.

⁶⁹ SOBRAL, André. *Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde*. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.1, 2010, p. 35-47.

⁷⁰ MADEIRA, Lélia Maria. *Processo saúde doença trabalho*. Semina: Ciências biológicas/Saúde Londrina, v.17, n.2, 1996, p. 166.

2 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Posto que o câncer do colo do útero representa um grave problema de saúde pública, tem alta incidência, morbidade, mortalidade, elevado custo no tratamento, tendo uma grande concordância dos pesquisadores com sua afirmação de que o baixo nível social tem forte influência sobre o desenvolvimento do câncer do colo de útero. O presente capítulo compreende uma revisão bibliográfica a respeito desse câncer, objetivando o levantamento e análise de dados que já se produziu a respeito desta doença, que permitem embasar a justificativa do trabalho, orientar a pesquisa de campo e fundamentar o questionário, proporcionando atualização das informações utilizadas para orientar os planos de intervenção.

2.1 Câncer do colo do útero e atenção primária a Saúde

Estudos apontam que o câncer⁷¹ constitui um sério problema de saúde pública, apresenta alta taxa de mortalidade e morbidade, seu tratamento é invasivo, doloroso e com alto custo. Tendo a prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento de quadro sugestivo como a maneira mais eficiente de combate à doença. “Para o Brasil, estimam-se 16.370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição”.⁷²

A neoplasia ou câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Esta célula anormal forma um clone que começa a proliferar-se de maneira desordenada, ignorando as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente circunvizinho à célula. As células adquirem características invasivas, com consequentes alterações nos tecidos adjacentes. Estas células se infiltram nestes tecidos e acessam os vasos sanguíneos e linfáticos, os quais as transportam até outras regiões do corpo.⁷³

Câncer é o nome dado a um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas

⁷¹ “O termo ‘câncer’ é a tradução latina da palavra grega ‘carcinoma’, de ‘karkinod’ (crustáceo, caranguejo). Foi usado pela primeira vez por Gáleno, para indicar um tumor maligno da mama, no qual as veias superficiais deste órgão eram túrgidas e ramificadas, lembrando as patas de um caranguejo. Hoje o termo generalizou-se e é usado para indicar qualquer neoplasia maligna”. SILVA, Alexandro Coutinho da. *A capelania hospitalar: uma contribuição na recuperação de enfermo oncológico*. 122p. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Teologia. São Leopoldo, 2010, p. 65.

⁷² INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2018. *Incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <encurtador.com.br/prRUY>. Acesso em: 15 mar. 2018.

⁷³ SILVA, Alexandro Coutinho da. *A capelania hospitalar*. Uma contribuição na recuperação de enfermo oncológico. 122p. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Teologia. São Leopoldo, 2010, p. 65-66.

células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores conhecido como neoplasias malignas. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo, quanto as células que compõem o colo uterino⁷⁴, essas também sofrem agressões que podem ser responsáveis por desencadear diversas alterações que a longo prazo podem produzir o câncer do colo do útero.⁷⁵

O Câncer do colo de Útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva. Ou seja: o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Esse tipo de lesão é localizada.⁷⁶

Analisando a epidemiologia do câncer do colo do útero observa-se que a incidência apresenta variações entre diferentes regiões do Brasil. Na análise regional, o câncer do colo do útero se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte seguido pelas regiões Centro-Oeste e Nordeste e é o terceiro mais incidente nas regiões Sudeste e Sul. Quanto à mortalidade, é também a região Norte que apresenta os maiores valores do país⁷⁷.

Atualmente o câncer do colo do útero é tido como responsável pela morte de muitas mulheres, as taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres têm essas taxas elevadas.⁷⁸

⁷⁴ O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdome inferior, por trás da bexiga e na frente do reto e é dividido em corpo e colo. O colo do útero é a porção inferior do útero onde se encontra a abertura do órgão, localizando-se no fundo da vagina. O colo do útero separa os órgãos internos e externos da genitália feminina estando mais exposto ao risco de doenças e alterações relacionadas ao ato sexual. O colo uterino apresenta formato cilíndrico e possui uma abertura central conhecida como canal cervical que liga o interior do útero à cavidade vaginal – local no qual ocorre a eliminação do fluxo menstrual e a entrada do esperma. É através do colo uterino que se dá a passagem do feto durante o parto vaginal. Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/colo-de-utero>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

⁷⁵ Instituto Nacional do Câncer – INCA. *O que é câncer?* Disponível em: <encurtador.com.br/dwBZ3>. Acesso em: 28 nov. 2018.

⁷⁶ Instituto Nacional do Câncer - INCA. *Estatísticas do câncer de colo uterino*. Disponível em: <encurtador.com.br/gkF24>. Acesso em: 10 jan. de 2019.

⁷⁷ Instituto Nacional do Câncer – INCA. *Epidemiologia do Câncer*. Disponível em: <encurtador.com.br/yJRS8>. Acesso em: 18 out. 2018.

⁷⁸ Instituto Nacional do Câncer - Câncer do Colo do Útero: Condutas INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, n46. 4. 2000. p. 351-54. Disponível em: <encurtador.com.br/ikC12>. Acesso em: 13 dez. 2019.

As causas do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas dizem respeito a hábitos ou costumes próprios de um ambiente social, cultural e do meio ambiente, como por exemplo, religião, poluição e a qualidade da água consumida. Uma marcante característica do câncer do colo do útero é a sua consistente associação, com o baixo nível socioeconômico, ou seja, os grupos que têm maior vulnerabilidade social é onde se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença.

As causas internas são, na maioria das vezes, determinadas previamente pela genética, estão ligadas principalmente ao histórico familiar e à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Os fatores internos e externos interagem de forma variadas, aumentando a probabilidade de ocorrerem transformações malignas nas células normais.

Diversos fatores de risco são apontados como agentes que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de câncer em geral, a grande maioria deles estão relacionadas aos cuidados com a higiene pessoal, saúde e ao estilo de vida destacando tabagismo, alcoolismo e alimentação deficiente como fatores de risco. Consideram-se o câncer do colo do útero, além dos fatores anteriormente mencionados, nesse caso, incluem-se também como fatores de risco a multiplicidade de parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual, histórico de infecções sexualmente transmissíveis, tendo destaque o Papilomavírus Humano – HPV, e em menor grau o uso de anticoncepcionais.⁷⁹

A presença do Papilomavírus Humano tem importante significado no que diz respeito ao grupo de risco para o câncer do colo, pois representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença, a transmissão do HPV se dá principalmente pela via sexual, sendo considerada a infecção sexualmente transmissível - IST mais comum nos dias atuais. De uma forma geral, são necessários vários anos entre a infecção pelo HPV até o desenvolvimento do câncer, vale a pena ressaltar que apenas uma pequena porcentagem das mulheres portadoras do vírus irá desenvolver o câncer do colo do útero. A infecção pelo HPV é essencial, mas não suficiente para a evolução do câncer, a presença do vírus poderá ou não causar alterações no colo do útero que precedem o surgimento do câncer propriamente dito.⁸⁰

São conhecidos, atualmente, mais de 100 tipos diferentes de HPV e cerca de 20 destes possuem tropismo pelo epitélio escamoso do trato genital inferior (colo, vulva, corpo

⁷⁹ INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Viva mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas*. Rio de Janeiro, INCA, p. 66. 2002.

⁸⁰ HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS. Disponível em: <encurtador.com.br/bfDFR>. Acesso em: 13 nov. 2019.

do períneo, região perianal e anal). Desses tipos, são considerados como de baixo risco para o desenvolvimento de câncer os de números 6, 11, 26, 40, 42, 53-55, 57, 59, 66 e 68 (relacionados principalmente a lesões benignas, tais como condiloma, e também à Neoplasia Intra-Epitelial Cervical – NIC I). Os de médio – alto risco são os de números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 59 (relacionados a lesões de alto grau – NIC II, III e câncer).⁸¹

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade, e apenas uma pequena porcentagem, naquelas com menos de 30 anos.

A prevenção do câncer de um modo geral engloba ações realizadas para reduzir os riscos do aparecimento da doença. O objetivo da prevenção primária é impedir que o câncer se desenvolva. Isso inclui a adoção de um modo de vida saudável e evitar a exposição a substâncias causadoras de câncer, como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao álcool e tabaco. Tratando-se do câncer do colo do útero temos as ações secundárias voltadas para prevenção, que consistem na detecção e tratamento da doença em estágio inicial, fase pré-maligna.

“Existe uma fase pré-clínica do câncer do colo do útero, em que a detecção de lesões precursoras pode ser feita através do exame preventivo. Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura do câncer cervical são de 100%”.⁸²

Com relação ao controle do câncer do colo do útero, as ações contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico e garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras as quais têm altas chances de serem curadas visto que o câncer tem uma evolução lenta com intervalo de tempo médio até o desenvolvimento do câncer invasivo do colo uterino de 10-15 anos.

A realização do exame preventivo deverá ser uma prática priorizada em todas as regiões do país, mesmo naquelas onde, aparentemente, a população ainda apresenta um menor risco de adoecer ou que não apresente nenhum tipo de sintoma. Isso porque na fase inicial o indivíduo pode não apresentar sintomas como nos casos mais avançados, podendo estar presente

⁸¹ Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. p. 14.

⁸² Instituto Nacional Do Câncer INCA. Tipos do Câncer Colo de Útero Rio de Janeiro: INCA; Disponível em: <encurtador.com.br/rvxT6>. Acesso em: 15 mar. 2018.

sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais.⁸³

Tendo como base as estatísticas a respeito do câncer do colo do útero, é notório o grande número de mulheres acometidas pela doença e o quanto o câncer é grave e tem um tratamento doloroso que apresenta grande impacto na família e alto custo para o Estado, assim o governo se viu na obrigação de criar programas públicos de saúde voltados para a realização do acompanhamento das mulheres a partir do aprimoramento das políticas que envolvem a detecção e tratamento das lesões pré neoplásicas.

Atualmente o direito da mulher está incluso como um dos direitos humanos, a saúde da mulher passa a ter destaque diante das organizações mundiais, com isso, surgem movimentos em prol da causa que desencadearam ações em várias parte do mundo, inclusive no Brasil, dentre eles podemos citar as Conferências Mundiais das Mulheres, dando destaque a IV edição ocorrida na China em 1995, com os principais objetivos de proporcionar igualdade no acesso à educação, oportunidades no trabalho e atenção à saúde das mulheres.⁸⁴

Com base nos conceitos traçados nas Conferências Mundiais das Mulheres, o Brasil demandou medidas nacionais mais fortes para garantir o direito à saúde da mulher, na década de 90, foi criado pelo Ministério da Saúde em parceria com o INCA, o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero – “Viva Mulher”, que é o resultado de uma série de ações que postulavam a respeito de cuidados mais amplos à mulher principalmente no que diz respeito ao carcinoma uterino, sendo responsável pelo processo de rastreamento do câncer através da detecção precoce mesmo em mulheres assintomáticas, esse controle é feito a partir do recrutamento da população-alvo, coleta do material para o exame de Papanicolau, processamento desse material no laboratório de citopatologia, avaliação e tratamento dos casos diagnosticados e o acompanhamento da paciente.⁸⁵

O Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto Nacional de Câncer, vem buscando parcerias para desenvolver ações a fim de mudar esse quadro. Faz parte dessa procura a implementação de estratégias importantes, tais como a padronização de procedimentos e de condutas que garantam a qualidade dos processos técnicos e operacionais para o controle do câncer. A estruturação do Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – prevê a formação de uma grande rede nacional na qual o profissional de saúde esteja capacitado para

⁸³ FERREIRA Maria de Lourdes Marque. *Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama*. Rio de Janeiro, v.52, n.1, 2006, p. 7.

⁸⁴ ONU MULHERES. *Conferências Mundiais da Mulher*. Disponível em: <encurtador.com.br/tJ234>. Acesso em: 13 jul. 2018.

⁸⁵ BRASIL, Ministério Da Saúde. *Programa Viva Mulher*. Disponível em: <encurtador.com.br/ouBDU>. Acesso em: 20 ago. 2018.

estimular a prevenção, realizar a detecção precoce de lesões precursoras da doença e promover o tratamento.⁸⁶

Alguns avanços ocorreram desde então, entre eles a padronização nacional dos laudos de exames citológicos, esse projeto que resultou na uniformização da linguagem usada nos exames preventivos, sendo proposto um padrão de laudo a ser adotado à nível nacional, que permite um perfeito entendimento dos processos patológicos envolvidos no aparecimento do câncer do colo do útero, sendo claro e objetivo facilitando o entendimento dos diversos profissionais que participam do sistema de diagnóstico. Além disso também ocorreu a disseminação da técnica de Cirurgia de Alta Frequência (CAF), a ampliação da oferta do exame citopatológico e a disponibilização de informações técnicas para todos os membros da comunidade⁸⁷.

Também foi criado o sistema de informação do câncer do colo do útero – SISCOLO, que é uma plataforma nacional de informações a respeito do câncer do colo do útero. Criado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em parceria com o INCA, o SISCOLO é uma ferramenta importante para a estruturação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Este sistema vincula por meio eletrônico o laudo citopatológico e histopatológico, as informações demográficas, clínicas e epidemiológicas, possibilitando o fortalecimento da base geopolítica com ênfase na sensibilização de gestores, a readequação da rede de coleta, diagnóstico e tratamento, a implantação de polos de referência especializada para o atendimento das mulheres.⁸⁸

A Atenção Primária à Saúde apresenta-se como o eixo estruturante do SUS que tem como função principal a proteção à saúde, redução de danos, prevenção dos agravos, fornecimento de um diagnóstico confiável em tempo hábil, tratamento de qualidade, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual, isso se dá principalmente por meio de ações gerenciais e sanitárias participativas e democráticas, feito através do trabalho de uma equipe multiprofissional bem preparada⁸⁹.

⁸⁶ Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). *Falando sobre câncer do colo do útero*. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002, p. 59. Disponível em: <encurtador.com.br/mnzZ>. Acesso em: 20 ago. 2018.

⁸⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de referência 1: Citopatologia Ginecológica*/ André Luiz de Souza Barros, Daisy Nunes de Oliveira Lima, Michelle Dantas Azevedo, Micheline de Lucena Oliveira – Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: CEPESC, 2012. 35p.

⁸⁸ DATASUS, Departamento de Informática do sus. Portal da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6933>>. Acesso em: 20 maio 2018.

⁸⁹ DATASUS, Departamento de Informática do SUS. SISCOLO/SISMAMA - Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer e mama. Disponível em: <encurtador.com.br/vyzC0>. Acesso em: 20 maio 2018.

Esse primeiro nível de assistência tem como função principal fazer o reconhecimento da população, identificando quais são necessidades dos usuários e a partir de então estabelecer um fluxo de atendimento dos usuários pelo sistema de atenção básica, se responsabilizando pelo atendimento inicial e se necessário, encaminhamento para uma unidade de maior complexidade para tratamento.

No caso do câncer cervical, o atendimento de alta complexidade é realizado nas unidades hospitalares especializadas em oncologia, onde o indivíduo tem acesso à avaliação e orientação de um médico especialista, que irá estabelecer o protocolo do tratamento individualizado de acordo com as características de cada paciente. Para a determinação do tipo de tratamento leva-se em consideração o estadiamento da doença (estágio de evolução), tamanho do tumor e fatores pessoais, como histórico de doenças crônicas, idade e desejo de ter filhos. Entre as formas terapêuticas para o câncer do colo do útero destaca-se a quimioterapia, a radioterapia, histerectomia, que é a cirurgia de retirada do útero e dependendo, sendo realizado a cirurgia denominada de pan-histerectomia, que é o procedimento cirúrgico para a retirada de todo o útero, incluindo o colo, o corpo, as trompas e os dois ovários.⁹⁰

A atuação da atenção primária relacionadas às ações para prevenção do câncer do colo do útero é feita por meio de ações de educação em saúde e rastreamento, esse último é uma tecnologia da atenção primária para detectar as mulheres expostas ao risco, os profissionais atuantes nesse nível de atenção devem conhecer o método, a periodicidade e a população-alvo recomendados, sabendo ainda orientar e encaminhar para tratamento as mulheres de acordo com os resultados dos exames e garantir seu seguimento⁹¹.

As lesões precursoras são totalmente tratáveis e curáveis, porém quando não tratadas por muitos anos, elas tendem a se desenvolver em um câncer. Essas lesões na maioria das vezes não apresentam sintomas, mas são facilmente detectadas no exame histopatológico para pesquisa de câncer ginecológico, também chamado de preventivo. O Instituto Nacional do Câncer – INCA, através de pesquisas epidemiológicas afirmou que o rastreamento realizado por meio do exame preventivo do colo do útero é considerado a principal estratégia para a detecção precoce do câncer do colo do útero, sendo reconhecido mundialmente como seguro e eficiente.⁹²

⁹⁰ INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Coordenação de Prevenção e Vigilância*. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, p. 39, 2016.

⁹¹ INCA, Biblioteca Virtual em Saúde. *Prevenção e controle de câncer*. Disponível em: <controlecancer.bvs.br/>. Acesso em: 15 abr. 2018.

⁹² INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Coordenação de Prevenção e Vigilância*. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, p. 30, 2016.

Como explanado anteriormente, a infecção pelo HPV é um fator de risco importante que está relacionado com o desenvolvimento de aproximadamente 98% dos casos de câncer do colo do útero, por isso começou-se a estudar uma forma de prevenção mais eficaz, sendo desenvolvidos uma vacina profilática contra o HPV, a vacinação é considerada um dos maiores mecanismos de prevenção de doenças, sendo um dos meios seguros e eficazes onde o sistema imunológico do indivíduo é estimulado para produzir uma imunidade ativa contra determinado patógeno. A vacina é composta de duas doses com um intervalo de seis meses. Crianças soropositivas para HIV recebem três doses. A idade preconizada para a vacinação leva em consideração que crianças entre 9 e 13 anos ainda não começaram a se relacionar sexualmente, mas as pesquisas de gravidez na adolescência e sobre a iniciação da vida sexual entre adolescentes têm mostrado que uma faixa razoável já está desprotegida se a vacina for iniciada aos 11, 12 e 13 anos. Muitas crianças acabam não sendo beneficiadas com a vacina, pois os pais acham que é uma vacina para liberar a criança para ter uma vida sexual precoce e desregrada. Mas é importante também lembrar que a Política de Atenção à Saúde do Escolar, atenta a estas posturas tem trabalhado junto aos municípios de forma a exigir o cartão de vacinação da criança atualizado no ato da matrícula e rematrícula.⁹³

Inicialmente a vacina foi autorizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e era disponibilizada apenas na rede particular, posteriormente, o Ministério da Saúde incluiu a vacina contra o HPV no Calendário Nacional de Vacinação, a vacina adotada no Brasil desde março de 2014 é a quadrivalente, que protege contra os quatro sorotipos mais oncogênicos 6, 11, 16 e 18, que são responsáveis por 70% dos casos de câncer do colo do útero em todo mundo. A vacina é fornecida gratuitamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo oferecida durante todo o ano nos postos de saúde, destinadas as meninas de 9 a 13 anos e jovens de 14 a 26 anos de idade com diagnóstico positivo para HIV. A partir de 2017, meninos de 12 e 13 anos e HIV positivos de 9 a 26 anos foram incluídos na lista de imunizados. A faixa etária que inclui indivíduos jovens é devida pois nesse período os adolescentes ainda não iniciaram a vida sexual, e, por isso, não estiveram expostos ao vírus, garantindo melhor proteção⁹⁴.

⁹³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estratégia de vacinação contra o Papiloma Vírus Humano - HPV*. Disponível em: <encurtador.com.br/ABFIJ>. Acesso em: 25 mar. 2018.

⁹⁴ DATASUS, Departamento de Informática do SUS. SISCOLO/SISMAMA - Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer e mama. Disponível em: <encurtador.com.br/vyzC0>. Acesso em: maio 2018.

A vacinação trouxe com ela a possibilidade de ação em nível de atenção primário, já que até então a prevenção era feita através do rastreamento e tratamento das lesões precursoras, que são consideradas ações secundárias.⁹⁵

Ações de prevenção primária e detecção precoce de doenças são estratégias capazes de reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos enfermos. Contudo, apesar de estas estratégias serem utilizadas para a prevenção e o controle de doenças e agravos não transmissíveis, ainda é um desafio para os países em desenvolvimento a definição e implementação de estratégias efetivas.⁹⁶

2.2 Espiritualidade e câncer, a religião como estratégia de enfrentamento e elemento preventivo e promotor da saúde

Quanto a legislação brasileira, desde a primeira Constituição outorgada em 1824, trazia a religião Católica como a oficial do império, a única que podia ter templos exteriores, as demais religiões, era permitido apenas o direito ao culto. Com o passar do tempo, foi possível notar alguns avanços no que diz respeito às práticas religiosas, dando ênfase aos feitos do Presidente Deodoro da Fonseca que em 1890 proíbe a intervenção do estado em assuntos religiosos sendo considerado então a plena liberdade de culto, estabelecendo a separação entre o estado e as religiões, trazendo o conceito de laicidade tanto nas práticas religiosas quanto na educação pública⁹⁷.

O direito à prática religiosa é claramente garantido pela atual Constituição Brasileira de 1988, em seu Artigo 5º, inciso VI, a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias.⁹⁸

Tendo a religião como um direito, que contribui positivamente para a melhora da qualidade de vida de uma forma geral, se faz necessário relacionar a prática religiosa com a saúde dos indivíduos, enfatizando os processos oncológicos.

O diagnóstico e tratamento das neoplasias causam forte impacto na vida de seus portadores e familiares. Para lidar com essa condição, as pessoas utilizam diferentes estratégias

⁹⁵ BORSATTO, Alessandra Zanei. *Vacina contra o HPV: Aspectos Práticos*. Revista Brasileira de Cancerologia 2011; 57(1): 67-74.

⁹⁶ INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA, p. 31, 2004.

⁹⁷ SANTOS JÚNIOR, 2016, p. 54.

⁹⁸ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, Artigo 5º, inciso VI.

de enfrentamento, tendo um grande impacto a religiosidade e a espiritualidade, que predominam em grande parte da população diante de situações consideradas difíceis, como é o caso do diagnóstico do câncer, fase caracteriza por intensa instabilidade emocional, medos e inseguranças que produzem um forte impacto na vida do indivíduo e cujo tratamento é permeado de eventos desgastantes e dolorosos. A religiosidade e a espiritualidade aparecem como importantes aliadas para as pessoas que se encontram enfermas refletindo positivamente na saúde do paciente. As estratégias positivas são aquelas onde se obtém melhoras na saúde mental, redução de estresse, alívio emocional, conforto, “crescimento espiritual” e cooperatividade.⁹⁹

De acordo com os dados históricos é possível perceber que a medicina está em constante evolução e cada vez mais considera o indivíduo como um ser único, integrado, o atual modelo enfatiza a importância de fatores não fisiológicos como o meio ambiente, fatores psicossociais e crenças religiosas. Diante da dor e do sofrimento, o paciente se sente fragilizado e espera receber um tratamento humanizado que evidencie o doente e não a doença. Nesse momento a equipe de saúde deve estar pronta para atender esse indivíduo em sua totalidade, entender que a terapia envolve muito mais que medicamentos, exames e protocolos, além disso, devem ser considerados os aspectos da espiritualidade, fé e religiosidade, questões que interferem diretamente na qualidade de vida de pacientes com câncer, promovendo conforto e a diminuição da dor.

A atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano [...] O impacto do benefício da atividade religiosa na saúde chega a ser comparado com o abandono do tabagismo e até mesmo com o acréscimo de sete a 14 anos na expectativa de vida.¹⁰⁰

Infelizmente, apesar das claras evidências que apontam um grande benefício na associação da espiritualidade ao tratamento de doenças, ainda hoje, faltam estudos que analisem o papel da religiosidade e/ou espiritualidade na prevalência, impacto e tratamento de pacientes com os mais diversos tipos de doenças, faltam dados que evidenciem o benefício da espiritualidade em doenças específicas. Também se pode dizer que esse tema não é bem trabalhado dentro das equipes de saúde, muitas vezes os profissionais desconhecem a

⁹⁹ FORNAZARI, Sílvia Aparecida. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 26 n. 2, 2010, p. 265-272.

¹⁰⁰ PERES, Mário F. P. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Revisão da literatura. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 2007, p. 82-87.

importância do assunto, se sentem desconfortáveis ou incapacitados para lidar com a temática religiosa ou não tem tempo para lidar com esses assuntos devido a rotina maçante¹⁰¹.

Tendo em vista que o Brasil é caracterizado pelo pluralismo religioso e pela complexidade cultural, cuja população atribui grande importância à religião, os profissionais da saúde precisam receber alguma formação sobre o assunto. A falta de treinamento e de habilidade em identificar as demandas dos usuários dificultam a abordagem da religiosidade/espiritualidade nos atendimentos.

Para obtenção de um resultado positivo é necessário que os profissionais entendam o seu papel diante do desenvolvimento espiritual do paciente e trabalhem a religião como uma ciência para que não haja o risco do profissional impor a sua prática religiosa ao paciente causando uma quebra da relação com o usuário.

O câncer de uma forma geral atinge altos índices de incidência e seu diagnóstico produz diversas reações emocionais, como ansiedade, depressão e redução da qualidade de vida. Não afetando somente o paciente e sim toda a família que se vê diante de uma doença grave onde todas as atenções devem se voltar para o paciente. Nesse momento é preciso olhar também para os familiares, que embora esteja profundamente abalados com a descoberta da doença em alguém que amam, tem que se manter firme para fornecer o apoio que o doente necessita no momento¹⁰².

De acordo com Rubem Alves, no livro “O que é religião?”, nos momentos de dor e sofrimento, principalmente quando a medicina tradicional não oferece nenhum recurso, existe um crescente na procura por alternativas religiosas (videntes, exorcistas, mágicos, curadores, benzedores, sacerdotes e profetas), surgindo questionamentos a respeito do sentido da vida e da morte. Sendo necessário reconhecer que religiosidade está muito presente na vida das pessoas que passam por períodos de instabilidade.¹⁰³

Diante do sofrimento e das preocupações enfrentadas pela família, ocorrem situações de estresse responsáveis por desencadear mudanças comportamentais entre seus integrantes como depressão e ansiedade. Com isso cada familiar vai adotar uma estratégia de enfrentamento, que se estende durante todo o processo de adoecimento e reabilitação do familiar. As pessoas buscam os mais variados tipos de ajuda, tendo o apoio espiritual e religioso como a ferramenta mais importante para lidar com as dificuldades impostas pelo câncer.

¹⁰¹ PERES, 2007, p. 86.

¹⁰² PERES, 2007, p. 86.

¹⁰³ ALVES, Rubem. *O que é religião?* 8ª edição. Editora: LOYOLA. São Paulo, 2007, p. 12.

Há que se ressaltar que a doença extrapola a dimensão individual (da pessoa acometida) e atinge outros contextos, especialmente o familiar. A família, como responsável por fornecer suporte social e psicológico, por vezes se sente sufocada pelas necessidades de seu familiar adoecido. A convivência com a doença, a preocupação com a morte e as mudanças na dinâmica e nas relações familiares são algumas das questões que a família necessita enfrentar. [...] A religiosidade é uma das principais fontes de apoio que a família recorre. Tal estratégia de enfrentamento tem sido descrita como fonte de suporte e conforto, devido à capacidade de proporcionar serenidade durante as adversidades da doença.¹⁰⁴

O apoio espiritual vem como uma opção para atender não só as aflições dos doentes, mas também para proporcionar equilíbrio para os familiares, dando a força e tranquilidade que o familiar precisa para acompanhar todo o processo estressante do adoecimento e reabilitação do seu ente.

O discurso do líder religioso garante a aprendizagem e a transmissão de informações a um maior número de pessoas cooperando com os programas do governo. Quando vinda de líderes religiosos, as informações são bem aceitas pela população visto que estes disfrutam da total credibilidade concedida pelos seguidores, tendo acesso irrestrito a população, seus anseios e aflições, interferindo diretamente na construção de opinião e hábitos.

Não há dúvida de que na história do cristianismo, ontem e hoje, o cuidado pelos enfermos é uma das manifestações mais patentes de sua presença no mundo. Se, muito em função do desconhecimento geral no campo da saúde, esse cuidado foi, no passado, mais remediativo do que preventivo, hoje, em razão dos novos conhecimentos e de novas sensibilidades, a psicologia em geral e a psicologia da religião apontarão novos ou renovados elementos motivacionais, como responsabilidade social, senso de justiça, direitos da pessoa, respeito ecológico, elementos que adquirem uma dimensão religiosa caso incluam uma intencionalidade religiosa.¹⁰⁵

Além do apoio social e psicológico aos doentes e seus familiares, através de diversas práticas que vão desde o atendimento fraterno até o cuidado paliativo, percebe-se também que atualmente a religiosidade vem tomando proporções cada vez mais significativas no que diz respeito a atenção básica a saúde, participando de ações públicas que disseminam informações e proporcionam um melhor acesso da população aos serviços de saúde. Outro fator muito importante é a influência da religião para o incentivo de hábitos de vida saudáveis, condenando práticas nocivas como os vícios de uma forma geral. Lucena, em seus estudos afirma que:

¹⁰⁴ MATTOS, Karine et al. Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 01-06, jun. 2016.

¹⁰⁵ PAIVA, Geraldo José de. *Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas*. Estudos de Psicologia. Campinas. V.24, n.1, 2007, p. 99-104.

Entre os fatores pelos quais a religião pode influenciar em práticas de saúde estão incluídos o incentivo aos hábitos de vida saudáveis, apoio social e psicológico, reforço da autoestima e o fornecimento de uma estrutura para suportar os eventos da vida. Além disso, algumas instituições religiosas oferecem atividades ou informações relacionadas à saúde que podem levar, direta ou indiretamente, a uma maior utilização dos serviços de saúde pelos membros expostos a estes recursos.¹⁰⁶

Como dito anteriormente, o enfoque do estudo está na cooperação positiva das questões religiosas/espirituais, porém é necessário considerar que nem sempre o apoio religioso vai propiciar conforto e força, algumas vezes é possível vincular-se a maneiras prejudiciais de lidar com a doença, além das falhas dos profissionais que muitas das vezes não sabem trabalhar os assuntos religiosos, tem a relação íntima do paciente com culpa que gera uma sensação de punição e abandono por Deus, também existem os casos onde se observa o questionamento da própria fé permeados por sentimento de impotência, descrença e revolta, pois para o doente, o acometimento pela enfermidade não condiz com sua conduta.

2.3 Espiritualidade e saúde, apoio através da fé e contribuição da pastoral católica

A etimologia da palavra cura vem do Latim, que significa “ato de cuidar, de vigiar”; no caso “cuidar da saúde”, com o passar do tempo o significado se transformou e hoje a palavra cura está relacionada com um estado pós-doença, onde o indivíduo obteve a restauração da saúde, sendo o tratamento um processo que depende de vários fatores que vão desde os métodos da medicina tradicional até as práticas alternativas que envolvem na maioria das vezes crenças religiosas e rituais místicos. Um antigo provérbio latino dizia “*medicus curat, Deus sanat*”, isto é, o médico cura, Deus sara. Se o médico cura, ainda haverá lugar para Deus sarar? Qual será a função da religiosidade no processo de cura?¹⁰⁷

A modernidade, através dos sólidos alicerces da racionalidade e da ciência, formulou a promessa de libertar o homem da submissão às experiências mágicas e religiosas que o infantilizavam. As luzes da razão prometeram um mundo dessacralizado e adulto [...] No entanto, é em meio ao mundo marcado pelo rápido desenvolvimento científico e pelo permanente avanço tecnológico, que são pilares da consciência secular, que se pode evidenciar uma grande explosão da demanda religiosa até há pouco tempo relegada às sombras da ignorância pelos homens da luz. Surpreendentemente, o religioso que salta aos olhos da sociedade contemporânea é marcado por características expressivamente fundamentalistas.¹⁰⁸

¹⁰⁶ LUCENA, Lorena Tourinho. *Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvicouterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil*. Ananindeua, v. 2, n.2, 2011, p. 45.

¹⁰⁷ PAIVA, Geraldo José de. *Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas*. Estudos de Psicologia. Campinas. V.24, n.1, 2007, p. 99-104.

¹⁰⁸ PROCHINO, Caio César Souza Camargo; *Subjetivação e cura no Neopentecostalismo*. Psicologia ciência e profissão, Brasília, v. 28, n. 3, 2008, p. 586-601.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Posteriormente, a OMS reconheceu o bem-estar espiritual como uma dimensão necessária à saúde. Assim, para que haja saúde, é necessário um ambiente saudável do ponto de vista ecológico, social, alimentar, mental e espiritual. Com isso a religião cristã passa a ter uma importância grandiosa para a comunidade, pois ela cumpre o papel do cristão que aproxima o doente de Jesus Cristo, dando um novo sentido para a dor. Também é seu papel humanizar e cristianizar os ambientes de tratamento dos doentes, lembrando ao corpo médico a sua vocação¹⁰⁹.

Perante a doença a espiritualidade surge como uma ferramenta para o enfrentamento dos males, um apoio para aliviar a dor, o sofrimento e acima de tudo lidar com a morte, que apesar de ser um processo natural ainda causa muito desconforto aos seres humanos. “O homem não tende a encarar abertamente seu fim de vida na Terra; só eventualmente e com certo temor é que lançará um olhar sobre a possibilidade de sua própria morte. Uma dessas ocasiões de que sua vida é ameaçada por uma doença”¹¹⁰.

Quando a medicina tradicional é falha e não apresenta tratamento disponível é comum ver a procura da cura pela fé, também chamada de cura espiritual, nada mais é que o uso de meios unicamente religiosos no tratamento de doenças. A cura pela fé não é uma forma de medicina alternativa, pois nestes casos a cura dá-se pela crença numa determinada religião ou entidade divina, ou ainda por autossugestão. A expressão é ocasionalmente usada em conexão com milagre. “Enquanto que, por um lado, o pensamento mágico se apresenta como arcaico e, por isso, anacrônico, afirma-se, por outro lado, que justamente a vida moderna com sua complexidade perturbadora e muitas vezes indecifrável revela fortes tendências à magia.”¹¹¹

Há um extenso registro de curas espirituais em todo o mundo desde a mais remota antiguidade. Sendo encontrados tais ocorridos na história cristã, que é rica em fatos dessa natureza, claramente observados nos milagres de cura física realizados por Jesus. As obras do Cristo incluíram muitos atos de cura. Em seus gestos, não somente cura as pessoas, mas resgata

¹⁰⁹ PROCHINO, 2008, p. 586.

¹¹⁰ MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital, p 57-60. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org). *Introdução à Psicologia*. Campinas: Livro Pleno, 2002.

¹¹¹ FRAAS, Hans-Jürgen. *A Religiosidade humana: compêndio de psicologia da religião*. Editora Sinodal. São Leopoldo. 1997, p. 109.

a dignidade do ser humano, que devido às suas enfermidades eram excluídos da sociedade. A cura representava a inclusão social daquele que era curado¹¹².

Apesar da origem antiga, as curas espirituais persistem ainda em nos dias atuais, geram acentuado interesse em milhões de pessoas que buscam alívio para seus males, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. A medicina espiritual é usada como complemento da medicina tradicional, sendo muitas vezes o último recurso dos pacientes, presente principalmente nos cuidados paliativos, que é um conjunto de práticas assistenciais oferecidas ao paciente incurável visando oferecer dignidade e diminuição de sofrimento muito comum em pacientes terminais ou em estágio avançado de diversas doenças.¹¹³

Durante a assistência paliativa, são diversas as necessidades a serem atendidas, porém a espiritualidade é considerada a mais urgente para pacientes com doenças potencialmente fatais, devido à fragilidade que apresentam diante da proximidade da morte e do medo do desconhecido. (...) O paciente pode buscar a espiritualidade como forma de enfrentamento de doenças, com a finalidade de minimizar o sofrimento decorrente das dificuldades encontradas ou para obter maior esperança de cura com o tratamento. Vários estudos destacam a importância da espiritualidade no enfrentamento de doenças em estágio avançado e na melhoria do bem-estar de pacientes com doença grave ou terminal.¹¹⁴

Neste contexto, faz-se necessária uma distinção entre a espiritualidade e a religiosidade, visto que são termos utilizados cotidianamente como sinônimos, mas que apresentam significados diferentes, religiosidade refere-se ao grau de participação e adesão às crenças e práticas de um sistema religioso. A religião é institucional, dogmática, subjetiva e enfatiza a vida, traz crença em Deus ou deuses a serem adorados durante os rituais, que são conjuntos de gestos, palavras e formalidades, geralmente imbuídos de um valor simbólico.

O conceito de espiritualidade é mais amplo do que o de religião. A espiritualidade é vista como um processo dinâmico, pessoal e experiencial, que procura a atribuição e significado no sentido da existência, podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso.

A palavra espiritualidade derivou do latim *spiritus*, significando ‘a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo’. Entendemos isso como sendo tudo aquilo que traz significado e propósito para a vida das pessoas. A espiritualidade tem seu papel reconhecido na saúde e qualidade de vida das pessoas. A religião difere da

¹¹² FRAAS, 1997, p. 109.

¹¹³ ALMEIDA, A.M. de. Cirurgia espiritual: uma investigação. *Revista. Associação. Médica. Brasileira*, São Paulo, v. 46, n. 3, 2000, p. 194-200.

¹¹⁴ EVANGELISTA, Carla Braz. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*; v. 69, n.3, 2016, p. 591-601.

espiritualidade por ser uma prática de certos rituais, dependendo de cada religião, que induz ao contato com a espiritualidade.¹¹⁵

Uma das condições próprias e inerentes ao ser humano é a busca contínua de um sentido para a sua existência, bem como de respostas convincentes para o significado da vida, da morte e dos acontecimentos que marcam a sua vivência. Podemos afirmar que o ser humano em toda a sua plenitude, é um ser de necessidades espirituais, seja a necessidade de encontrar respostas para a sua existência, para o sentido e valor da sua vida.

O modelo de se pensar saúde-doença que é, ao mesmo tempo, o modo de pensar a vida e a morte, aproxima o doente da religião utilizando a dor e o sofrimento como instrumento, com isso os profissionais da saúde devem estar atentos às crenças de cada paciente para que esse seja atendido em todas as suas necessidades.

Ao invés das explicações reducionistas da medicina, os sistemas religiosos oferecem uma explicação à doença que a insere no contexto sociocultural do paciente. Por isso, os profissionais de saúde estão cada vez atentos às necessidades de levar em conta religiosidade dos sobreviventes de câncer quando planejam e executam atenção à saúde, para manter uma relação de confiança e respeito com esse paciente¹¹⁶.

Atualmente as instituições religiosas vêm configurando um papel diferente e mais abrangente quando o assunto é saúde, àquela que anteriormente fornecia apoio psicológico através da resiliência e fé, hoje, com sua evolução, chega a setores importantes da sociedade que têm um papel decisivo nas políticas de saúde pública. Com ações de dimensão solidária, junto aos doentes e sofredores e principalmente comunitária, visando à promoção e educação em saúde.

No início da década de 1970, no contexto da luta contra a ditadura, surge o Sistema Público de Saúde resultado de um movimento denominado Reforma Sanitária, caracterizado pela reformulação normativa e institucional no âmbito da assistência à saúde dos cidadãos. A ideologia do movimento pregava pela reforma sanitária brasileira preconizando a saúde não como uma questão a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Em resposta aos movimentos que pediam pela

¹¹⁵ RIZZARD, Camilla Domingues do Lago. *Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor*. O Mundo da Saúde, São Paulo v. 34 n. 4. 2010. p. 483-487.

¹¹⁶ AQUINO, Verônica Verban; O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.15, n.1, p. 42-47, 2007, p. 6.

Reforma Sanitária, tivemos a inclusão do Sistema Único de Saúde, SUS, na Constituição Federal (CF) de 1988, consolidada pelas Leis 8.080 e 8.142.¹¹⁷

A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em seu artigo primeiro regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde oferecendo a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Estando no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a vigilância sanitária sendo um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde; vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos; saúde do trabalhador para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Tendo participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; vigilância nutricional e a orientação alimentar; colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

¹¹⁷ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <encurtador.com.br/ezKS6>. Acesso em: 15 fev. 2019.

o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico e a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

A lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, versa sobre o funcionamento do SUS e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A partir de então a saúde passa ser uma colocação constitucional, onde saúde é direito do cidadão e dever do Estado, tendo o SUS a função de regular, fiscalizar, controlar e executar as ações relacionadas a saúde pública, como base nas diretrizes e princípios que são fundamentados na universalidade, igualdade, equidade, integralidade, direito à informação e autonomia da pessoa¹¹⁸.

O atual modelo prevê políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas. Nesse contexto, o SUS deveria ser organizado sob as diretrizes da Seguridade Social, apoiado em uma noção abrangente de direito e proteção social. Visto que a saúde é um tema de relevância no cenário nacional, devido às suas implicações sociais, é uma necessidade humana básica e, por isso, deve ser compreendida como um direito universal, independente do poder de compra do indivíduo¹¹⁹.

No entanto, a saúde como um direito social, constitucionalmente reconhecido, nem sempre é assegurada na prática. Evidente está que o direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização no texto constitucional, devido aos problemas estruturais e de subfinanciamento o sistema público de saúde encontra-se sucateado, em situação precária, não atendendo a população de forma satisfatória¹²⁰.

Com isso, surge espaço para ações efetivas de saúde realizada por intermédio das instituições religiosas, que na maioria das vezes acolhem a população menos favorecida, marginalizada e de baixa renda, pessoas que tem as dificuldades de acesso a saúde. Quando o assunto é saúde, existe um padrão que se encontra pré-determinado pela medicina para classificar o grupo de risco/população vulnerável, se trata dos indivíduos mais expostos a

¹¹⁸ RIZZARD, 2010. p. 486.

¹¹⁹ RIZZARD, 2010. p. 484.

¹²⁰ RIZZARD, 2010. p. 487.

alguns fatores ou com determinadas características, que a tornam mais propensa a ter ou adquirir determinada doença. De uma forma geral, podemos considerar o baixo poder socioeconômico como um fator determinante para o acesso a saúde, associado ao nível de escolaridade, condições de trabalho e moradia, sistema de saneamento básico e qualidade da água consumida, e algumas doenças como hipertensão, diabetes e HIV positivo.¹²¹

De acordo com a fé Cristã, com base nos ensinamentos bíblicos, a palavra de Deus nos dá boa razão para cuidar da saúde¹²². A Bíblia apoia a valorização do corpo físico, já que fomos feitos à imagem e semelhança de Deus, trazemos uma similaridade com o próprio Cristo, sendo a vida considerada um dom sagrado que temos a responsabilidade de zelar. Esse conceito é descrito na Bíblia, no livro Gênesis, onde se descreve a criação do mundo, depois dos animais e por último a criação dos seres humanos os quais se diferem das outras espécies, pois são dotados de inteligência e emoções, características essas que assemelham e aproximam os seres humanos de Deus.¹²³

O livro de Gênesis no capítulo 1:26-27, na versão da Bíblia Almeida Revisada e Corrigida, narra a criação do homem, “Agora vamos fazer os seres humanos, que serão como nós, que se parecerão conosco. Eles terão poder sobre os peixes, sobre as aves, sobre os animais domésticos e selvagens e sobre os animais que se arrastam pelo chão.”¹²⁴

Considerando o problema de saúde pública como uma questão da coletividade, a solução não se dá apenas mediante decisões de âmbito hospitalar ou de assistência médica. Seu enfrentamento necessita de ações de saúde coletiva, com ênfase na prevenção das doenças, no trabalho interdisciplinar e na ação intersetorial, que somente são possíveis com a participação das instituições religiosas e da comunidade.

O estudo bíblico vem para confirmar o conceito que diz que saúde é um compromisso coletivo quando no evangelho em João 15:12¹²⁵ afirma que devemos amar uns aos outros como

¹²¹ CARVALHO, Gilson. *A saúde pública no Brasil*. Estudos avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013, p. 7-26.

¹²² Saúde – Em latim, o termo *salus* significa ao mesmo tempo saúde e salvação: implica uma realidade abrangente de liberdade, justiça, fraternidade e paz. É um bem relacionado ao autor da vida. A saúde, portanto, é concebida como dom divino.

Doença – a doença é vista como castigo de Deus pelo pecado e pela transgressão da aliança (Dt 28,15-46).

Cura – a cura é vista de uma maneira simplória: rezar, observar a Lei de Deus, usar remédios (medicina popular), ter moderação e bom senso (Ecl 31,19-24; 37,27-31). Sendo a saúde concebida como bênção divina, é natural que o primeiro recurso para a cura de uma doença seja a oração. “Filho, não te revoltes na tua doença, mas reza ao Senhor e ele te curará” (Ecl 38,9).

¹²³ NIERO, E. M.; LORASCHI, C. *Bíblia e saúde pública: a vida com dignidade*. Vida Pastoral, São Paulo: Paulus, mar./abr. 2014. Disponível em: <encurtador.com.br/ahsyH>. Acesso em: 15 set. 2018.

¹²⁴ BÍBLIA SAGRADA VERSÃO ALMEIDA REVISADA E ATUALIZADA, Livro Gênesis 1:26-27. Portal SBB. Disponível em: <encurtador.com.br/nsFGV>. Acesso em: 02 fev. 2019.

¹²⁵ O meu mandamento é este: Que vos ameis uns aos outros, assim como eu vos amei. Ninguém tem maior amor do que este, de dar alguém a sua vida pelos seus amigos. Vós sereis meus amigos, se fizerdes o que eu vos mando. Já vos não chamarei servos, porque o servo não sabe o que faz o seu senhor; mas tenho-vos chamado

Cristo nos amou. Fala-se em um amor sublime, que deposita sobre os cristãos a responsabilidade com a saúde que vai além do autocuidado agora se tem obrigação do cuidado com o próximo, independente da condição em que esse se encontre, dando acolhimento sem nenhum tipo de julgamento ou cobrança.

A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) é um organismo permanente que reúne os Bispos católicos do Brasil conforme o Código de Direito Canônico, exercem conjuntamente certas funções pastorais em favor dos fiéis do seu território, a fim de promover a saúde que é o maior bem que a Igreja proporciona aos homens. Esses coordenam a pastoral católica ou simplesmente pastoral que é a ação da Igreja Católica no mundo ou o conjunto de atividades pelas quais a Igreja realiza a sua missão, que consiste primariamente em continuar a ação de Jesus Cristo na Terra.

Segundo o Concílio Vaticano II, pastoral consiste em se debruçar sobre as aspirações e angústias dos seres humanos para lhes propor, a partir delas, a mensagem cristã. Pastoral não se limita a ação dos pastores, mas a ação de toda a comunidade, de toda a Igreja. Num sentido amplo, Pastoral é toda a ação da Igreja e sua missão neste mundo. Com o objetivo de evangelizar, por meio do serviço e do diálogo, promovendo a dignidade da pessoa, renovando a comunidade, formando cidadãos e participando da construção de uma sociedade justa e solidária.¹²⁶

A imagem que reflete com nitidez a verdadeira atitude de cuidado com o próximo é o conceito do pastor, é aquele que apascenta, ou seja, conduzir a paz é um pacificador. Neste caso, é aquele que cuida, alimenta, protege e buscar a ovelha que se perde. No protestantismo é o responsável por cuidar do rebanho de cristãos e entregá-los a Cristo quando voltar. Dessa forma devemos tratar nossos doentes, com base no amor ao próximo, solidariedade e caridade de onde deriva o nome 'pastoral'.

No Brasil, a Igreja Católica busca atingir públicos distintos, atuando em diversos setores, através das Comissões Pastorais. Dentre elas destaca-se a Pastoral da Saúde, Pastoral da criança, Pastoral do menor, Pastoral da pessoa idosa e Pastoral de DST/AIDS. As quais têm interferência ativa no que diz respeito às ações de prevenção e promoção da saúde junto às comunidades. Englobando campos da sociedade como assistência materno infantil, criança,

amigos, porque tudo quanto ouvi de meu Pai vos tenho feito conhecer. Não me escolhestes vós a mim, mas eu vos escolhi a vós, e vos nomeei, para que vades e deis fruto, e o vosso fruto permaneça; a fim de que tudo quanto em meu nome pedirdes ao Pai ele vo-lo conceda. Isto vos mando: Que vos ameis uns aos outros. João 15:12-17. Bíblia Sagrada versão ALMEIDA REVISADA E ATUALIZADA.

¹²⁶ Conferência Nacional Dos Bispos Do Brasil, CNBB. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/>>. Acesso em: 16 set. 2018.

adolescente e idosos, presando pela solidariedade social, educação e preservação do meio ambiente. Interferindo diretamente nos índices de saúde da população.

Vale a pena ressaltar que a atuação da pastoral tem caráter inter-religioso, atendendo pessoas de todos os credos e etnias. Apesar de sua organização Católica a pastoral prega o conceito cristão que diz que a saúde é um dom de Deus confiado à responsabilidade humana. Isto implica que cada um é responsável por cuidar da sua própria saúde e da saúde dos mais necessitados mantendo os princípios de amor ao próximo, ética e competência técnica, científica e humana independente de sua crença religiosa.

Pastoral da Saúde é um organismo de ação social da CNBB, que tem suas dimensões baseadas na solidariedade, apoio junto aos doentes e sofredores nas instituições de saúde, na família e comunidade, trabalhando principalmente junto aos portadores do vírus HIV, Aids, deficiências, drogados e alcoolizados, indivíduos que muitas das vezes se encontram excluídos da sociedade.

A pastoral da Saúde visa atender a pessoa de forma integral, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual. Trabalha também com as dimensões comunitárias com ações destinadas a promoção da saúde e educação em saúde; atuando na atenção primária a saúde com ênfase na prevenção das doenças. Visando valorizar o conhecimento, sabedoria e religiosidade popular em relação à saúde. Atuam junto aos órgãos e instituições públicas e privadas que prestam serviços e formam profissionais na área da saúde visando um atendimento de qualidade aos usuários. Participam nas conferências, nos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde e nas assembleias, buscando a humanização do sistema de saúde, a fiscalização e denúncia quando isso não for possível.

A Pastoral da Saúde é a ação evangelizadora de todo o povo de Deus, comprometido em promover, preservar, defender, cuidar e celebrar a vida, tornando presente no mundo de hoje a ação libertadora de Cristo na área da saúde. Tem como objetivo evangelizar com renovado ardor missionário o mundo da saúde, à luz da opção preferencial pelos pobres e enfermos, participando da construção de uma sociedade justa e solidária a serviço da vida. É importante a integração da Igreja e da sociedade para que o povo tenha mais saúde por meio do exercício da cidadania, e nessa tarefa o agente de pastoral da saúde tem um papel importante.¹²⁷

As atividades que a Pastoral da Saúde desenvolve junto à comunidade são várias. Vão desde a atenção aos doentes até a articulação junto a entidades governamentais responsáveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Podemos dizer que a pastoral se trata de uma ação

¹²⁷ BARCHIFONTAINE, Pe. Christian de, *O papel da Pastoral da Saúde na Igreja*. Vida Pastoral, São Paulo: Paulus, julho/agosto 2016. Disponível em: <encurtador.com.br/nBNZ7>. Acesso em: 15 set. 2018.

solidária que ultrapassa os limites pessoais e familiares, pois deve se estender para a ação comunitária. Deve atingir a luta pelos direitos fundamentais no campo da saúde e trabalhar a saúde integral.

A tarefa da Pastoral da Saúde é promover, cuidar, defender e celebrar a vida fazendo isso através de atividades evangelizadoras e projetos que estão sendo desenvolvidos juntos da comunidade para melhoria da saúde como: Apoio a Centros de Convivência para Idosos; Farmácias Verdes (fitoterápicos) e Farmácias Comunitárias (alopáticos).

A Pastoral da Criança é uma vertente que tem como objetivo a promoção do desenvolvimento integral de crianças. Os voluntários da pastoral da criança, membros da própria comunidade, acompanham as famílias assistidas procuram orientar sobre seus direitos e deveres, buscando uma melhor qualidade de vida.

Realizam atividades direcionadas as gestantes, que têm acompanhamento do desenvolvimento do bebê a cada trimestre da gravidez, identificando situações de risco além do trabalho educativo junto a gestante, preparando-a para o parto e os cuidados pós-parto, informando sobre o aleitamento materno, vacinação, higiene e outros cuidados para o desenvolvimento da criança.

A Pastoral da Criança é uma entidade associativa e representativa da sociedade. Suas ações, baseadas na solidariedade humana e na partilha do saber, segundo a Pastoral da Criança, visam a agir na promoção da Saúde e no desenvolvimento integral das crianças até os seis anos de idade, bem como em seus contextos familiar e comunitário, a partir de iniciativas de caráter preventivo que fortaleçam o tecido social e, outrossim, a integração entre a família e a comunidade.¹²⁸

Pastoral do Menor é um serviço complementar à pastoral da criança voltada para o atendimento de diferentes situações como, saúde, trabalho, moradia de crianças e adolescentes. A Pastoral do Menor iniciou em São Paulo, tendo como missão a promoção e defesa da vida da criança e do adolescente empobrecido e em situação de risco, desrespeitados em seus direitos fundamentais. Seu lema é “Quem acolhe o menor a mim me acolhe”.

Considerando o cenário atual, pode-se delinear um novo paradigma na saúde, devido ao aumento de expectativa de vida da população e a cronificação das doenças. Atualmente saúde não significa apenas ausência de enfermidade e sim a conservação da capacidade funcional global do indivíduo, é a possibilidade para gerir o seu dia a dia de forma independente e autônoma, que será determinado de acordo com as limitações físicas e/ou mentais presentes. A

¹²⁸ MARQUES, Fabrine Costa; *Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia Saúde da Família e a Pastoral da Criança*. Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, 2012, p. 544-553.

Pastoral da pessoa idosa tem objetivo de promover o desenvolvimento físico, mental, social, espiritual, cognitivo e cultural dos idosos, com respeito à dignidade e à cidadania das pessoas idosas, colaborando para a divulgação e implementação do Estatuto do Idoso, oportunizar o convívio das pessoas idosas com as demais gerações, estimulando uma velhice ativa, considerando a história de vida. Valorizar a vida até sua fase final, apoiando os programas de cuidados paliativos, que assegurem o caráter espiritual da existência humana.

A Pastoral da Pessoa Idosa tem por objetivo assegurar a dignidade e a valorização integral das pessoas idosas, através da promoção humana e espiritual, respeitando seus direitos, num processo educativo de formação continuada destas, de suas famílias e de suas comunidades, sem distinção de raça, cor, profissão, nacionalidade, sexo, credo religioso ou político, para que as famílias e as comunidades possam conviver respeitosa e com as pessoas idosas, protagonistas de sua auto-realização.¹²⁹

A partir dos anos 80 a epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida AIDS passou ser uma realidade. Muitas pessoas, organizações e setores da sociedade empenham suas energias há muitos anos no controle da epidemia. A crescente nos casos cria necessidade de envolver números sempre maiores de forças para lutar contra a doença o que aproximou o Ministério da Saúde da Igreja com a finalidade de contribuírem na luta contra a epidemia¹³⁰.

A igreja assume este serviço sem preconceitos, acolhe, acompanha e defende os direitos dos infectados. Faz também o trabalho de prevenção, pela conscientização dos valores evangélicos, sendo presença misericordiosa e promovendo a vida como bem maior.¹³¹

Além das atividades específicas na área da saúde as pastorais realizam ações complementares que são desenvolvidas no sentido de melhorar as condições das famílias, como estímulo à alfabetização e escolarização dos adultos e ações de geração de renda. Que contribuem de forma indireta para a melhoria da condição de vida.

Outra ação da igreja católica que tem impacto sobre a saúde pública brasileira é a Campanha da Fraternidade, ação realizada anualmente pela Igreja Católica Apostólica Romana no Brasil no período da Quaresma. Seu objetivo é despertar a solidariedade dos seus fiéis e da sociedade em relação a um problema concreto que envolve a sociedade brasileira, buscando caminhos de solução. A cada ano é escolhido um tema, que define a realidade concreta a ser transformada, e um lema, que explicita em que direção se busca a transformação.

¹²⁹ PASTORAL DA PESSOA IDOSA, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Disponível em: <encurtador.com.br/cswW4>. Acesso em: 16 set. 2018.

¹³⁰ PASTORAL DA PESSOA IDOSA, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Disponível em: <encurtador.com.br/hnKQX>. Acesso em: 16 set. 2018.

¹³¹ PASTORAL DE DST/AIDS, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Disponível em: <encurtador.com.br/gjRT2>. Acesso em: 19 set. 2018.

Ao longo de sua história, as Campanhas da Fraternidade tiveram três fases. A primeira delas, de 1964 a 1972, foi centrada nas questões da própria Igreja. A segunda fase, de 1973 a 1984, abordou de forma ampla as questões sociais do Brasil. A partir de 1985 começou a terceira fase, quando passou a abordar as questões sociais de forma mais específica, tendo maior impacto sobre a sociedade.

Em 2012 o tema era “Fraternidade e Saúde Pública” com o lema da campanha um versículo do livro do Eclesiástico “Que a saúde se difunda sobre a terra!” (Eclo 38,8), Bíblia Sagrada, versão Almeida Revisada e Atualizada¹³² com objetivo de promover ampla discussão sobre a realidade da saúde no Brasil e das políticas públicas da área, para contribuir na qualificação, fortalecimento e consolidação do SUS, em vista da melhoria da qualidade dos serviços, do acesso e da vida da população.¹³³

A religião tem o poder de disseminar o conceito de bem-viver e incentivar prática dos hábitos de vida saudável, além de sensibilizar as pessoas para o serviço aos enfermos, o suprimento de suas necessidades e integração na comunidade. Difundir dados sobre a realidade da saúde no Brasil e seus desafios, como sua estreita relação com os aspectos socioculturais da sociedade, despertando nas comunidades a discussão sobre a realidade da saúde pública, visando reivindicar o justo funcionamento do SUS, acompanhar as ações da gestão pública e exigir a aplicação dos recursos públicos com transparência, especialmente na saúde. Segundo RIBEIRO (2014) “As Igrejas vêm desempenhando ações de prevenção e de reabilitação em diversas cidades brasileiras, principalmente nos espaços empobrecidos das periferias urbanas, por meio de atividades de caráter social e educativo”.¹³⁴

No atual cenário a igreja vem para suprir uma demanda criada a partir da não eficiência do Sistema Único de Saúde. Visto que ainda há necessidade de lutar por direitos básicos que não vêm sendo disponibilizados a população.

¹³² BÍBLIA SAGRADA; VERSÃO ALMEIDA REVISADA E ATUALIZADA, Livro Gêneses 1:26-27. Portal SBB. Disponível em: <encurtador.com.br/kyGP9>. Acesso em: 12 fev 2019.

¹³³ Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). *Texto base da campanha da Fraternidade 2012*. Disponível em: encurtador.com.br/bozG9. Acesso em: 16 de setembro de 2018.

¹³⁴ RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages. *O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, 2014, p. 1773.

3 PESQUISA DE CAMPO

Este capítulo pretende demonstrar a relevância da pesquisa de campo na construção do conhecimento a respeito do câncer do colo do útero, visto que este tipo de estudo tem importância fundamental no campo das ciências da saúde, principalmente no que diz respeito a obtenção de soluções para problemas coletivos. A metodologia aplicada é baseada em uma pesquisa qualitativa, sendo realizado entrevista semiestruturada que é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados. O questionário é um instrumento de coleta de dados muito utilizado onde o pesquisador obtém as informações atuais para o desenvolvimento do conteúdo. Esse tipo de pesquisa tem uma importância fundamental no estudo de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e outros campos, visando à compreensão de vários aspectos da sociedade, apresentando vantagens como o acúmulo de informações sobre determinado fenômeno e facilidade na obtenção de uma amostragem de indivíduos.¹³⁵

3.1 Sobre o universo da pesquisa e aplicação do questionário

Pesquisa de campo realizada na cidade de Tombos, interior da Zona da Mata de Minas Gerais. Para a realização do trabalho, foi composto um grupo amostral que representa o universo religioso da cidade, assim foram distribuídos 18 questionários, sendo 10 respondidos por mulheres que se declaravam católicas, 6 por mulheres que se denominam evangélicas e 2 por aquelas que seguem o espiritismo.

De acordo com o último censo do IBGE (2010) o município de Tombos é majoritariamente católico, seguido dos evangélicos e por último, os espíritas. O levantamento do IBGE (2010) apontou que na cidade há 9.537 habitantes, e desses 6.995 são católicos, 1.645 se declararam evangélicos e 82 disseram ser seguidores do espiritismo.

Para uma melhor compreensão do universo evangélico, dividimos a pesquisa para ser realizada com membros das três principais igrejas do Município. Assim, os evangélicos foram fracionados entre os membros da Igreja Batista, da Assembleia de Deus e Igreja Maranata, uma vez que são as denominações mais expressivas da cidade.

A importância dessa pesquisa se dá uma vez que a religiosidade faz parte da vida do povo brasileiro, sendo, inclusive, o Brasil uma das nações mais religiosas do mundo. Dessa

¹³⁵ LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 5 ed. São Paulo: Atlas 2003, p.186.

forma, é de grande importância reconhecer como a religião se manifesta no contexto da saúde e como é a relação dessa com a religião.

A presente dissertação procurou, com base na pesquisa bibliográfica, dar uma visão geral do problema, viabilizando conceber a hipótese básica do trabalho. Para confirmar essa hipótese, foi essencial a realização da pesquisa de campo, uma vez que os dados e as informações obtidas através desta somados aos resultados conseguidos pela pesquisa bibliográfica possibilitarão uma conclusão concreta e fiel ao objetivo inicial.

Optou-se pela metodologia proposta por Pedro Demo¹³⁶. Segundo este autor, existem quatro tipos de pesquisa: a) Pesquisa teórica: utilizada para a construção de um referencial com base em teorias, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, aprimorar fundamentos teóricos e, em termos imediatos, aprimorar práticas; b) Pesquisa metodológica: baseada na aplicação de métodos e procedimentos científicos, polêmicas e paradigmas metodológicos, tanto em âmbito mais epistemológico quanto de controle empírico; c) Pesquisa empírica: utilizada no tratamento empírico e factual da realidade, produzindo e analisando dados, procedendo sempre pela via do controle empírico e factual; d) Pesquisa prática: relacionada à práxis, ou seja, a prática histórica em termos de usar conhecimento científico para fins explícitos de invenção. Nesse sentido, não esconde sua ideologia, ao contrário, reconstrói conhecimento a serviço de certa ideologia, sem com isso necessariamente perder de vista o rigor metodológico; alguns métodos ditos qualitativos advogam essa direção, em particular a pesquisa participante e, em certa medida, a pesquisa-ação.

Para Demo, nenhum tipo de pesquisa é autossuficiente. O que acontece de fato é que, na prática, os pesquisadores tendem a mesclar os quatro tipos, acentuando mais um ou outro. Para os objetivos da presente dissertação, buscou-se, fundamentalmente, os tipos de pesquisa teórica e empírica, embora este trabalho também contenha aspectos dos tipos metodológico e prático¹³⁷.

Já a proposta metodológica de Triviños orientou a fase de realização das entrevistas. Segundo o autor, — para alguns tipos de pesquisa qualitativa, a entrevista semiestruturada é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados| [...] na qual é possível — utilizar a entrevista estruturada, ou fechada, a semiestruturada e a entrevista aberta||¹³⁸.

¹³⁶ DEMO, Pedro. Pesquisa: Princípio Científico e Educativo. São Paulo: Cortez, 2000, p. 27.

¹³⁷ DEMO, 2000, p. 27.

¹³⁸ TRIVIÑOS, Augusto. Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas, 1987, p. 22.

Assim, para a coleta desses dados, estivemos procurando a liderança dessas igrejas e solicitando que eles indicassem pessoas para responderem o questionário, visando assim à possibilidade de um distanciamento entre o pesquisador e o objeto da pesquisa.

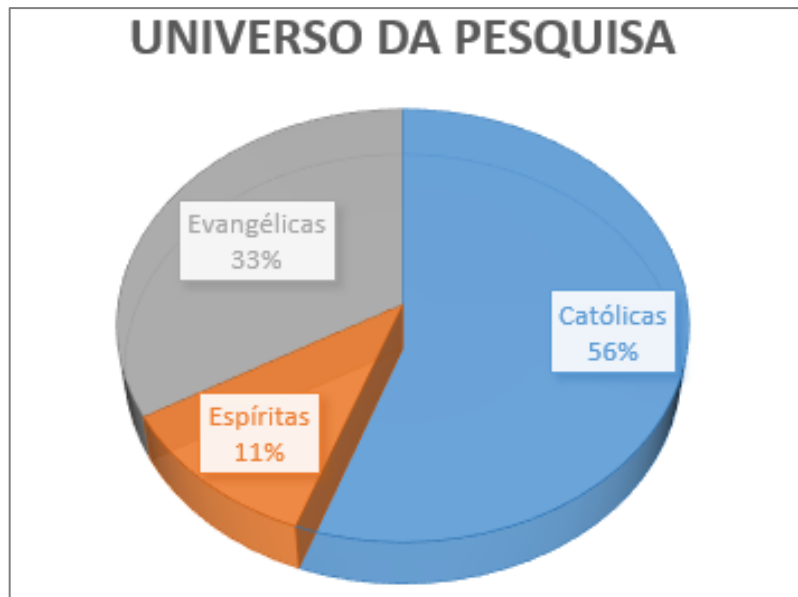
Tendo como hipótese que a religião e a espiritualidade interfiram positivamente no processo preventivo atuando diretamente sobre a crescente na realização do exame Preventivo Ginecológico, utilizado no rastreamento e prevenção do Câncer do Colo de Útero.

3.2 Análise dos dados

Pesquisa de campo realizada entre os meses de janeiro e outubro do ano de 2019. A princípio determinou-se o universo de pesquisa, a partir de estudos locais que apontam quais os seguimentos que melhor representam o campo religioso do município de Tombos-MG.

Após esse estudo, foi selecionado para participar da pesquisa membros da igreja Católica Apostólica Roma, por possuir o maior número de adeptos da localidade, a dimensão católica foi a mais recorrida, e sua participação representou 56% do total de participantes. Em segundo lugar, a pesquisa se direcionou ao público evangélico, que representou 33% da dimensão total do universo pesquisado, nesse, cabe ressaltar que para uma melhor compreensão geral dos evangélicos, o público desta dimensão foi dividido em três representantes, a Igreja Batista, a Assembleia de Deus e a Igreja Maranata. Por fim, entrevistou-se os Espíritas, uma vez que congregam um número considerável de pessoas na cidade de Tombos, que representaram um total de 11% do total do universo pesquisado. Como mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 1: Universo da Pesquisa de Campo



Após a delimitação do universo da pesquisa, foram aplicados os questionários. Todos os participantes receberam previamente as devidas informações, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram liberdade de resposta com direito de preencher o questionário longe do pesquisador.

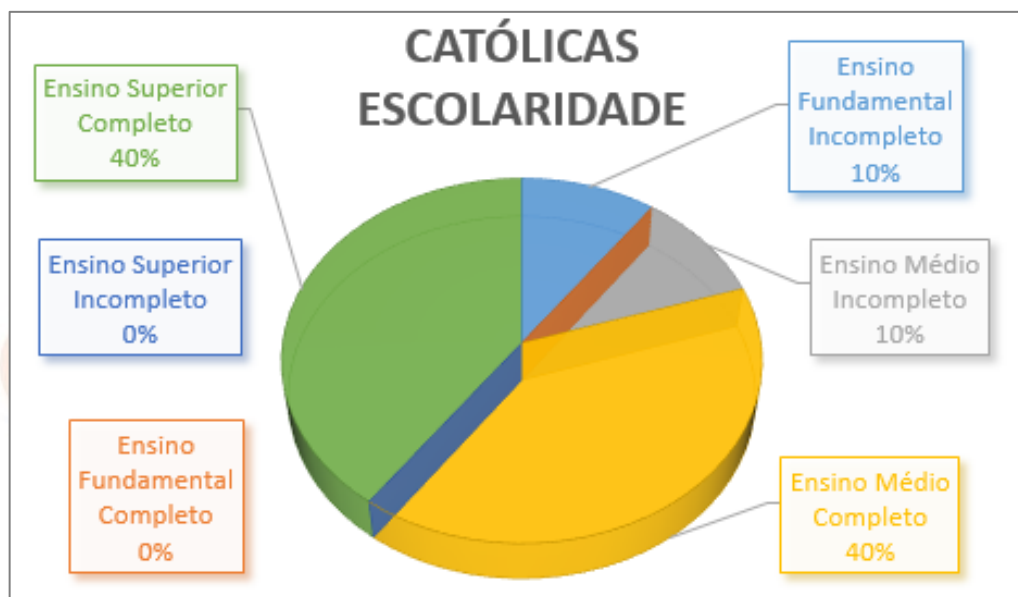
O questionário, como demonstrado em anexo, inicia com a solicitação de alguns dados pessoais, e socioeconômico, como nome, profissão, idade e renda. Nesses quesitos uma das informações de maior relevância é a determinação da idade, pois de acordo com os dados estatísticos existe uma maior prevalência do câncer do colo do útero em mulheres com idade entre 40-60 anos, assim, sendo descartadas as mulheres jovens uma vez que essas se encontram fora do grupo de risco, gestantes e mulheres submetidas a algum tratamento ginecológico. Nesse quesito a média de idade das participantes foi de 55 anos, sendo que a mais jovem a responder o questionário possuía, no momento da resposta 47 anos, e a mais velha, 60. Ou seja, são mulheres maduras e que já possuem idade para se preocupar com essa temática.

Após a informação da idade, outro dado de relevância foi a declaração de cor. Nesse quesito houve uma variação quando se comparado ao padrão nacional, uma vez que a cor que mais apareceu foi a cor branca, com 80% das declarações. Essa opção era fechada, ou seja, continham 5 opções, a saber: parda, preta, indígena, amarela e branca. Nas declarações as opções parda e preta, apareceram com 10% cada, e as opções indígenas e amarela, não foram assinaladas.

Em seguida, a informação de escolaridade era outro ponto questionado. Nesses, os únicos itens sem nenhuma marcação foi Ensino Superior Incompleto e Ensino Fundamental

Completo. Os quesitos Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Médio Incompleto receberam 10% cada. A maior concentração, entretanto, se deu na opção de Ensino Superior Completo e Ensino Médio Completo, com 40% das entrevistadas, cada. Isso demonstra que o nível de escolaridade das frequentadoras da Igreja Católica em Tombos é elevado. Essa informação se completa por uma outra questão que foi levantada no questionário, a renda mensal. Quando questionadas sobre a renda, a média assinalada pelas mulheres Católica, foi de 2,9 mil reais por mês, o que dá uma média superior a três salários mínimos.

Gráfico 2: Nível de escolaridade das entrevistadas



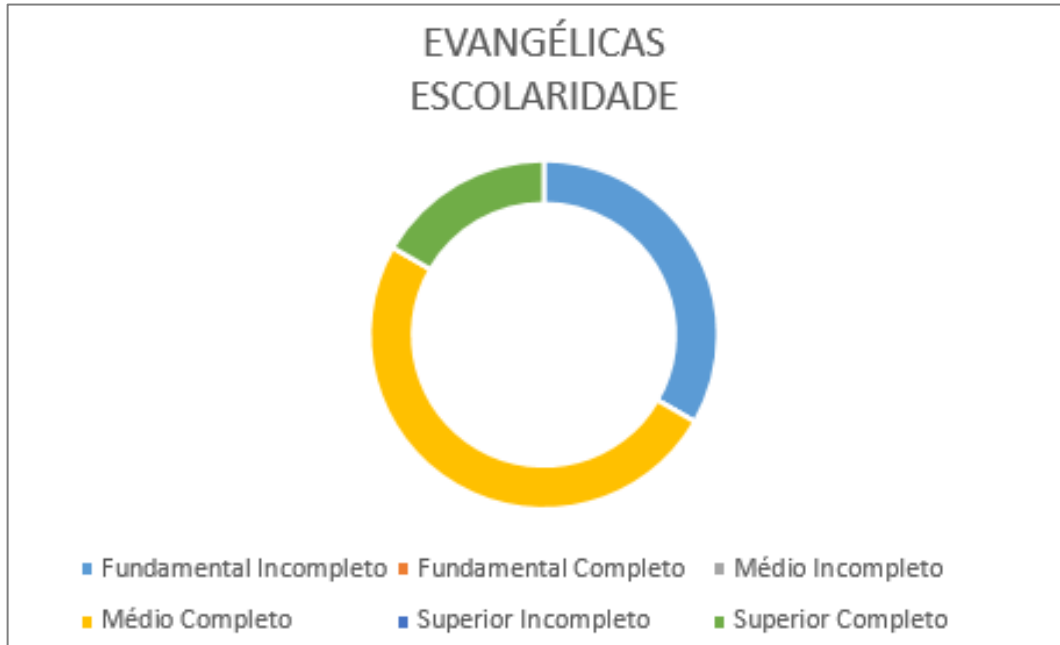
Uma outra questão que se relaciona com a renda e a escolaridade das mulheres católicas é a maternidade, uma vez que 70% das entrevistadas declararam possuir filhos, com média de 2 filhos para cada.

Na dimensão das evangélicas, as respostas também foram bastante variadas. Ao contrário do que apontam diversos estudos em nível nacional, as frequentadoras de igrejas evangélicas se autodeclararam em sua grande maioria como sendo da cor branca, de maneira que 80% assinalaram essa opção, 20% se declararam preta, e nenhuma se declarou como parda, indígena ou amarela.

Para o item escolaridade, três dimensões foram assinaladas. Nesse quesito as pesquisadas possuíam seis opções, indo do fundamental incompleto até superior completo, contemplando assim, todas as possíveis opções de escolaridade. Nessa, a opção de Ensino Médio Completo foi o que obteve maior adesão, com 50% das pesquisadas. Em seguida apareceu a opção Ensino Fundamental Incompleto, com 33% e por último Superior Completo,

com 17%. As demais opções eram Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Completo e Ensino Superior Completo, e essas não foram assinaladas por nenhuma respondente.

Gráfico 3: Escolaridade das entrevistadas evangélicas.



Outros dados como filhos e renda, que estão diretamente ligados com a escolaridade, foram analisados e declarados pelas evangélicas. Sobre possuir filhos, 80% das pesquisadas disseram possuir, com média de 2 filhos, e sobre a renda, a média foi de 2 mil reais mensais.

Para completar a pesquisa, as mulheres frequentadoras do espiritismo também responderam ao questionário. Essas mulheres 50% tem filhos dando a média de 1 filho para cada, e uma renda mensal de 5 mil reais.

Na pergunta acerca da auto declaração sobre cor, as mulheres espíritas se identificaram, em sua totalidade como sendo da cor branca, como nas outras fichas, existia a possibilidade de se declarar como indígena, parda, preta ou amarela, porém, em 100% dos casos as respondentes ligadas ao espiritismo optaram pela como branca.

Na dimensão escolaridade, as mulheres espíritas se destacaram devido ao nível de sua formação, uma vez que todas as respondentes possuíam nível superior, no momento da resposta. Isso é interessante, uma vez que essa dimensão reflete diretamente nas demais, pois, se espera que o nível maior de escolaridade reflita em questões como salário e cuidados básicos para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Assim, conhecido o perfil das mulheres entrevistadas, passou-se a analisar acerca da relação religião e prevenção à saúde, tema deste trabalho. Como já descrito, a pesquisa foi realizada com mulheres que efetivamente se declaram religiosas e que são envolvidas, de alguma maneira, com o espiritismo, o catolicismo ou são evangélicas.

Destarte, quando se depararam com a pergunta “seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde?” 65% das respondentes assinalaram a opção “não”. Essa opção demonstra que apesar de a religião não se opor aos meios de prevenção de saúde, como em tempos remotos, essa ainda não acolheu o habito de tratar temas relacionados à medicina e saúde. Também foi analisado a porcentagem de mulheres que declaram já terem ouvido falar a respeito de Infecções Sexualmente Transmissíveis dentro do seu grupo religioso, apenas 35% afirmaram, o que mostra uma coerência com o percentual de 65% de mulheres que já obtiveram informações de prevenção, demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 4: Mulheres Informadas Sobre a Prevenção em Suas Religiões

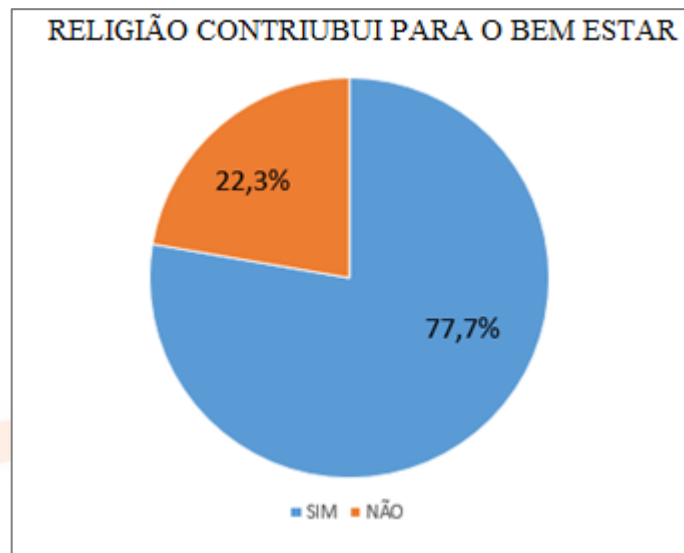


É importante ressaltar que uma das católicas entrevistadas disse que recebeu informação de saúde através do programa de saúde preventiva da pastoral, mostrando que no município existem ações organizadas por essa instituição, confirmando o dado levantado na pesquisa bibliográfica que fala a respeito das ações efetivas de saúde realizada por intermédio das instituições religiosas. Diante da não eficiência do sus, fica evidente a cooperação da pastoral

católica que tem projetos em diferentes áreas que interferem diretamente na condição de saúde da população.

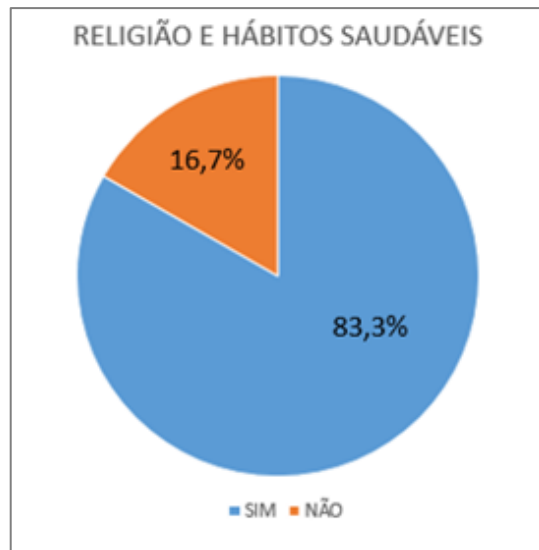
Quando questionada se a religião contribui para a saúde e o bem-estar 77,7% disseram que sim, como demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 5: religião contribui para o bem estar



Quando perguntadas se a religião incentiva hábitos saudáveis como não fumar e não beber, 83,3% das mulheres disseram que sim. Quando indagadas a respeito da religião apoiar sexo com apenas um parceiro, 94,4% das mulheres disseram que sim. Mostrando que existe uma grande colaboração da religião quando falamos de prevenção primária, que tem como objetivo impedir que o câncer se desenvolva, isso inclui hábitos saudáveis e evitar a exposição a substância e patógenos causadores do câncer.

Gráfico 6: Religião e hábitos saudáveis



O gráfico a seguir trabalha uma particularidade do câncer do colo do útero, esse câncer tem como grupo de risco mulheres que tem múltiplos parceiros sexuais e que tiveram início da vida sexual precoce. Esses fatos estão relacionados com o aumento de chances da mulher vir a contrair o papiloma vírus humano.

Gráfico 7: Sexo com um parceiro



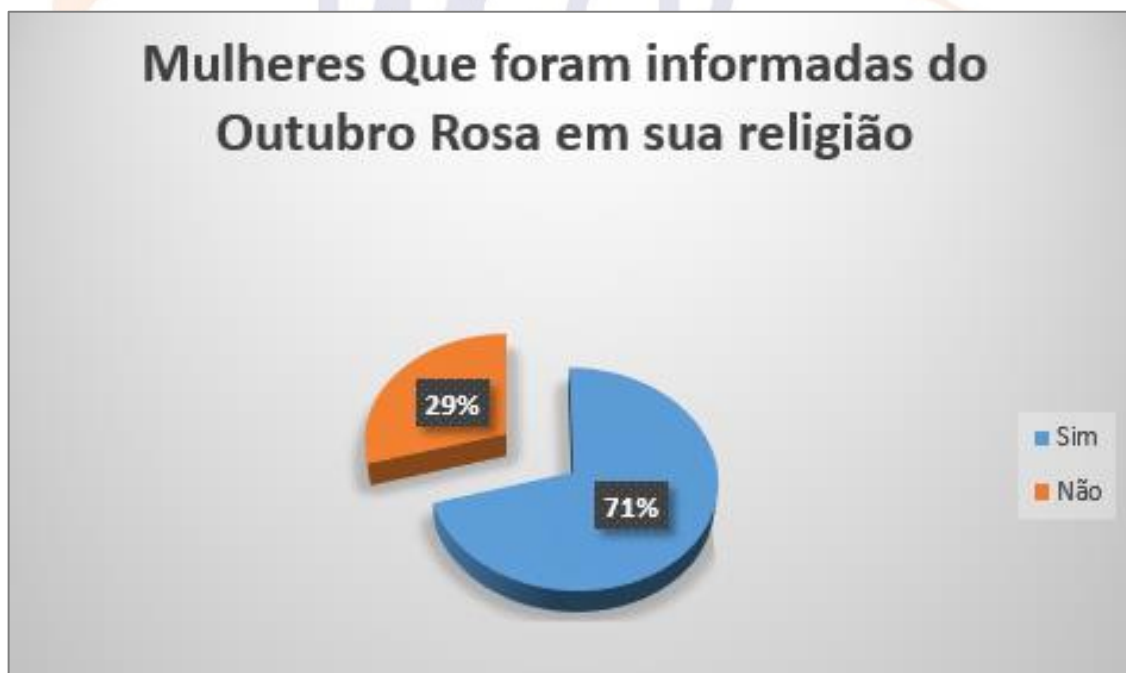
Aparentemente isso parece uma controvérsia, uma vez que anteriormente, as mesmas assinalaram que a religião não fala sobre saúde. Porém há de se lembrar que de uma maneira geral, a religião Cristã busca incentivar uma vida longe dos vícios e da promiscuidade, o que

pode significar que o fiel deva, por exemplo, manter apenas um parceiro sexual, de preferência o esposo ou esposa, e usar álcool e tabaco com moderação, ou não fazer uso. Ações essas que são listadas pelos órgãos nacionais e internacionais de saúde como uma forma eficaz de prevenção do câncer, visto que diminuem as chances do indivíduo desenvolver uma mutação.

Quando falando especificamente do câncer do colo do útero, a ausência de múltiplos parceiros sexuais é um fator que influencia muito, pois diminui a probabilidade da contaminação pelo HPV, que é considerado o principal fator de risco para o desencadeamento desse tipo de câncer, como levantado na pesquisa bibliográfica cerca de 98% das mulheres acometidas por câncer do colo do útero estão contaminadas por esse vírus.

Outrossim, a pergunta chave de nosso questionário demonstrou que grande parte das respondentes foram informadas a respeito da campanha “Outubro Rosa” em seus grupos religiosos. Com uma assinalação de 71% das mulheres optaram pelo sim, afirmando que as igrejas são adeptas ao Outubro Rosa, que visa a prevenção do câncer em mulheres.

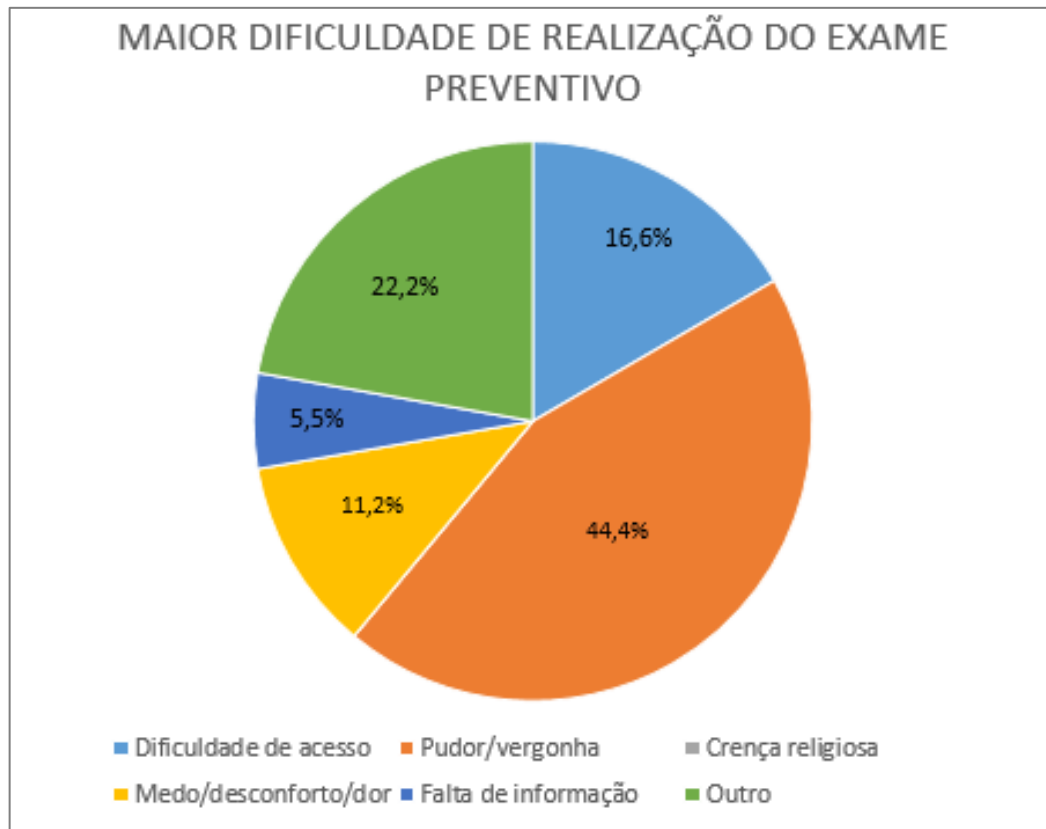
Gráfico 8: Mulheres que receberam informações sobre a Campana Outubro Rosa



Talvez, seja mais fácil e mais aceitável as propostas de campanhas coletivas, como por exemplo o Outubro Rosa, uma vez que a pesquisa aponta que enquanto apenas 30% das pessoas disseram ouvir falar de saúde em suas religiões, 71% disseram ter ouvido falar sobre o Outubro Rosa.

Uma questão importante de se avaliar é a opinião das mulheres a respeito de qual é a maior dificuldade para a realização o exame preventivo, a maioria, 8 mulheres, computando 44,4% do total das entrevistadas relacionou o pudor ou vergonha como a maior dificuldade para a realização do preventivo, 3 entrevistadas disseram que o acesso para conseguir o exame é o maior impeditivo, 1 justifica a dificuldade a falta de informação, 2 assinalaram medo/desconforto/dor, nenhuma marcou crença religiosa e 4 assinalaram o “opção outros” sendo que 2 dessas disseram não observar dificuldades, 1 exemplificou o pouco caso, inércia e outra acomodação. O gráfico abaixo demonstra a proporção de cada opção de resposta.

Gráfico 9: Maior dificuldade para a realização do exame preventivo



Com o gráfico acima destacamos a grande porcentagem de mulheres que associara o pudor e/ou vergonha como o maior impeditivo para a realização do exame preventivo ginecológico, sendo 44,4% do total, composta por 5 evangélicas e 3 católicas, isso mostra que ainda hoje as mulheres têm dificuldade em lidar com o próprio corpo, pudor é o sentimento que impede que a pessoa faça algo considerado moralmente indecente, como ficar nu em público quesito necessário para a realização do exame, podendo esse comportamento estar associado a uma educação religiosa ou moral rigorosa.

Outro ponto relevante é que a alternativa não considerada um impeditivo foi a crença religiosa, sendo a única não assinalada, mostrando que de uma forma geral as instituições não se opõem a realização do exame.

Outro fato que merece destaque é a resposta quanto ao histórico de câncer na família visto que existe um fator de hereditariedade no desenvolvimento da doença, na pesquisa 15 das 18 entrevistadas disseram ter histórico familiar de câncer, percentual de 83,3% bem alto compatível aos dados epidemiológicos que apontam uma grande incidência dessa enfermidade.

Quanto a periodicidade da realização do exame 77,7%, diz realizar o preventivo anualmente, e os outros 22,3% realizam em uma periodicidade média de 2 anos, visto que nenhuma das entrevistadas foi diagnosticada com algum tipo de lesão, podemos verificar que o exame está sendo realizado conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde.

A análise do questionário demonstra que temas relacionados à saúde, de uma maneira geral ainda são pouco discutidas nos grupos religiosos, mas, já há uma abertura para que certas campanhas de prevenção e saúde sejam trabalhadas entre os membros da igreja. Dessa maneira, há de se observar que a ligação entre saúde e religião já passou por fases de extrema rivalidade e preconceito, de modo que hoje, houve uma aproximação, e temas da religião já são abordados no campo médico-científico, como também temas das ciências médicas e da saúde, já são discutidos no âmbito religioso.

CONCLUSÃO

Este trabalho procurou refletir sobre a relação religião e saúde, e como esses assuntos ligados à prevenção do câncer do colo do útero são tratados na religião cristã brasileira. Esse tema é de suma importância uma vez que essa doença afeta uma grande quantidade de mulheres todos os anos.

Para uma melhor compreensão foi realizado um levantamento bibliográfico o qual demonstrou que historicamente há uma acirrada oposição entre a perspectiva religiosa e o olhar científico, de maneira que em diversos momentos ao longo da história humana ser religioso era sinal de não aceitar os princípios da ciência, e vice-versa. Nesse ínterim, porém, foi possível observar que com o final da Idade Média, a chegada do pensamento moderno, o avanço tecnológico, houve uma progressiva aproximação das ciências e da religião.

Da mesma forma, foi possível observar que a religião tem o poder de incentivar a saúde de maneira que ela pode se tornar importante aliada na prevenção ao câncer uterino, uma vez que através de um posicionamento positivo da liderança religiosa, os fiéis podem se preocupar com a realização de exames periódicos o que pode significar, além de um zelo maior com a saúde, uma maior possibilidade de um diagnóstico precoce da doença, caso ocorra.

Na pesquisa também foi possível conhecer algumas particularidades que permeiam os seguimentos religiosos mais comuns da cidade de Tombos, no interior de Minas Gerais. A partir de um questionário respondido por voluntárias da cidade, que efetivamente se declaram religiosas, foi possível perceber que o assunto da saúde, de uma forma mais ampla, ainda é um tabu para o universo religioso, de maneira que há uma barreira ao lidar com esse assunto, isso ficou demonstrado quando um pequeno número de respondentes disse ter ouvido falar em assuntos relacionados à saúde em seu âmbito religioso. Da mesma forma, se percebe que quando a pergunta se direcionou especificamente ao Outubro Rosa, a grande maioria das mulheres disseram ter ouvido falar no âmbito de suas religiões, isso, pode apontar que há uma aceitação melhor nos assuntos da saúde quando se é tratado em campanhas, que visam atingir a população, amplamente difundidas nos meios de comunicação, e incentivadas pelo governo.

Sobre o assunto em tese, é possível perceber que, apesar de uma relação saúde-religião mais harmoniosa, e de se constatar que a religião vem cooperando com as estratégias de prevenção primária do câncer, ainda há uma barreira histórica para ser rompida; de maneira que a ignorância sobre o assunto precisa ser rompida para que a população venha ser mais beneficiada. Em consonância com essa observação, o trabalho apontou que a desinformação e a ignorância são fatores que dificultam o acesso da população aos procedimentos básicos de

prevenção e promoção da saúde, dificuldades essas, que podem ser combatidas com simples ações, como a adesão aos programas do governo. Como discutido ao longo do texto há de se trabalhar para a ampla divulgação das propostas de prevenção, uma vez que a partir do caso do Outubro Rosa, foi possível verificar que ações conjuntas possuem uma penetração maior no cerne da religião.

Além disso o trabalho se mostrou importante, uma vez que traz para a ciência uma discussão que perpassa sua competência e em diversos momentos não é levada em consideração quando o público alvo é estudado, ou seja, a aceitação de tal público. Neste ínterim, foi possível notar que mesmo mulheres que integram o grupo de risco e de maior vulnerabilidade, em diversos momentos encontram resistências para a realização de exames preventivos e tratamentos precoces.

Em linhas gerais, entretanto, a religião e suas práticas cotidianas, se demonstraram como uma aliada para a saúde, mesmo que não exista uma vontade expressa. Dessa forma, constatamos com nossa pesquisa que hábitos que auxiliam na prevenção de doenças são incentivados, de maneira geral, pelas religiões, como por exemplo o uso moderado de álcool, evitar o tabaco e o fumo, não utilizar drogas e manter relações sexuais com apenas um parceiro. Esses hábitos suscitados pelas pessoas pesquisadas, já ajudam em uma qualidade de vida melhor, uma vez que evitar o álcool e o cigarro, evita doenças diversas que podem atacar os rins, o fígado, o coração e o pulmão, por exemplo, enquanto o sexo monogâmico, reduz o risco da transmissão de IST's.

Dessa forma, a pesquisa apontou que a partir de um esforço contínuo para a transposição da barreira da ignorância, o trabalho de prevenção pode obter melhores resultados e a população gozar de uma vida mais saudável e conseqüentemente, aumentar o índice geral de qualidade de vida da população brasileira.

É importante abordar as questões referentes a mulher moderna, aquela que acumula conquistas, como sua inserção no mercado de trabalho, independência financeira, direito político, sua liberdade sexual, e muitas outras. Com o excesso de afazeres o tempo fica comprometido e muitas das vezes o autocuidado fica em segundo plano, o que pode comprometer a realização periódica do exame preventivo. Também se faz necessário abordar as questões relacionadas ao autoconhecimento e quebras de tabu quanto ao corpo feminino, trabalhando a autoconfiança e autoestima das mulheres para que o pudor e vergonha não seja um impeditivo para cuidar da saúde.

Por fim, ressaltamos que ainda há muito o que ser explorado sobre o assunto, e o que se deve fazer é promover palestras, cursos e eventos que possam informar a população, mas antes

é necessário que as lideranças religiosas e os pesquisadores da ciência conheçam o universo que está ao lado, para que haja respeito e cooperação em ambos os universos. A partir de então, cabe a nós refletir nas possíveis considerações e colaborações que as Ciências das Religiões têm para oferecer nessa relação tão complexa que diz respeito ao universo religioso para com as Ciências da Saúde. Nesse contexto não se pode deixar de observar que o potencial das Ciências das Religiões é enorme, e talvez um dos mais apropriados para fazer tal análise, uma vez que seu foco é interdisciplinar e congrega observações dos mais diversificados setores das ciências, como por exemplo a educação, a cultura, a saúde e a sociedade.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.M. de. *Cirurgia espiritual: uma investigação*. Revista. Associação. Médica. Brasileira, São Paulo, v. 46, n. 3, 2000, p. 194-200.

ÁLVAREZ, Francisco. *Teologia da saúde* – São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2013.

ALVES, Rubem. *O que é religião?* 8ª edição. Editora: LOYOLA. São Paulo, 2007, p. 12.

AZEVEDO, Thales de. *O catolicismo no Brasil: um campo para a pesquisa social*. Salvador: Edufba, 2002.

AQUINO, Verônica Urban; *O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação*. Revista Latino-americana de Enfermagem, v.15, n.1, p 42-47, 2007, p. 6.

BARCHFONTEINE, Pe. Christian de, *O papel da Pastoral da Saúde na Igreja*. Vida Pastoral, São Paulo: Paulus, julho/agosto 2016. Disponível em: <<http://www.vidapastoral.com.br/artigos/bioetica/o-papel-da-pastoral-da-saude-na-igreja/>>. Acesso em: 15 set. 2018.

BARROS, José Augusto C. *Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?* Saúde e Sociedade. 11(1). 2002.

BÍBLIA SAGRADA; VERSÃO ALMEIDA REVISADA E ATUALIZADA, Livro Gênesis 1:26-27. Portal SBB. Disponível em: <https://www.sbb.com.br/digitais-1/biblia-almeida-revista-e-corrigida>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

BORSATTO, Alessandra Zanei. *Vacina contra o HPV: Aspectos Práticos*. Revista Brasileira de Cancerologia 2011; 57(1): 67-74.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Instituto Nacional do Câncer. *Viva Mulher, Câncer do Colo do Útero: Informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas*.

CARTA DE OTTAWA PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

CARVALHO, Gilson. *A saúde pública no Brasil*. Estudos avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013, p. 7-26.

CHR, Kaiser Verlag. *O Catolicismo Popular no Brasil*. Tipologia de uma Religiosidade Viva. Tradução: Antonio Steffen. Edições Loyola, São Paulo, 1979.

CNDSS – *Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, CNBB. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/>>. Acesso em: 16 set. 2018.

Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). *Texto base da campanha da Fraternidade 2012*. Disponível em: <<http://www.cnbb.org.br/texto-base-da-cf-2012-e-lancado-em-sao-paulo/>>. Acesso em: 16 set. 2018.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, Artigo 5º, inciso VI.

COX, Harvey. *A cidade secular. A secularização e a urbanização na perspectiva teológica*. Academia Cristã. Santo André. 2015.

CRISTOVAM, JOSÉ SERGIO DA SILVA. Sobre a noção de bem comum no pensamento político ocidental: entre becos e encruzilhadas da dimensão ancestral do moderno conceito de interesse público. *Rev. Investig. Const.*, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 107-134, Apr. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392019000100107&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019.

DATASUS. SISCOLO - Sistema de Informação do câncer do colo do útero. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siscolo-sismama>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

DEMO, Pedro. *Pesquisa: Princípio Científico e Educativo*. São Paulo: Cortez, 2000,

EVANGELISTA, Carla Braz. *Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura*. Revista Brasileira de Enfermagem; v. 69, n.3, 2016.

FERREIRA Maria de Lourdes Marque. *Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama*. Rio de Janeiro, v.52, n.1, 2006, p. 7.

FIOCRUZ. *Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde*. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p. 21-33. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12542&Tipo=B>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

FORNAZARI, Silvia Aparecida. *Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 26 n. 2, 2010, pp. 265-272.

FRAAS, Hans-Jürgen. *A Religiosidade humana: compêndio de psicologia da religião*. Editora Sinodal. São Leopoldo. 1997.

Hospital do Câncer de Barretos. Disponível em: <https://www.hcancerbarretos.com.br/colo-de-uterio>. Acesso em: abril 2018.

IBGE, dados do Censo de 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag_203_Religi%C3%A3o_Evang_miss%C3%A3o_Evang_pentecostal_Evang_nao%20determinada_Diversidade%20cultural.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

VERDE, I. F. *As Plantas na Bíblia*. 2012. Disponível em: <<https://magiasdacarol.webnode.com.br/news/as-plantas-na-biblia/>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 20 maio 2018.

INCA. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao>. Acesso em: 20 maio 2018

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2018. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

Instituto Nacional do Câncer - CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: Condutas INCA. Revista Brasileira de Cancerologia, n46. 4. 2000. p. 351-54. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/normas.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

INCA, Biblioteca Virtual em Saúde. Prevenção e controle de câncer. Disponível em: <controlecancer.bvs.br/> Acesso em: 15 abr. 2018.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Viva mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas*. Rio de Janeiro, INCA.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tipos do Câncer Colo de Útero Rio de Janeiro: INCA; Disponível em: <www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao>. Acesso em: 17 mar. 2018.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, p. 39, 2016.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA.

LAGES, Fernanda Mendes Ribeiro. *O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. V. 19, N 6, p. 1773-1789, 2014.

LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 5 ed. São Paulo: Atlas 2003, p. 186.

LEVI, Giovanni. *Antropologia católica e história da Itália*. Topoi (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 10, n. 18, 2009.

LEWGOY, Bernardo. *Representações de ciência e religião no espiritismo kardecista*. Antigas e novas configurações. Civitas – Revista de Ciências Sociais, v. 6, n. 2, 2006, p. 151.

LIMA, Carlos Anselmo; *Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v22, n.10, 2006, p. 2155.

LUCENA, Lorena Tourinho. *Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cervicouterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil*. Ananindeua, v. 2, n.2, 2011, p. 45.

MACIEL, Maria Aparecida M. *Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares*. Química Nova, Rio de Janeiro. v. 25, n. 3. 2002, p. 429-438.

MADEIRA, Lélia Maria. *Processo saúde doença trabalho*. Semina: Ciências biológicas/Saúde Londrina, v.17, n.2, 1996, p. 166.

MARQUES, Fabrine Costa; *Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia Saúde da Família e a Pastoral da Criança*. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, 2012, p. 544-553.

MATTOS, Karine et al. Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 01-06, jun. 2016.

MENDONÇA, Antônio Gouvea. *O celeste Porvir: A Inserção do Protestantismo no Brasil*. 3ª Edição, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008, p. 245.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. p. 14.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002, p. 59. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégia de vacinação contra o Papiloma Vírus Humano - HPV. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/29/Perguntas-e-respostas._segundadose_27.08doc.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de referência 1: Citopatologia Ginecológica/ André Luiz de Souza Barros, Daisy Nunes de Oliveira Lima, Michelle Dantas Azevedo, Micheline de Lucena Oliveira – Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: CEPESC, 2012. p. 194 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico_citopatologia_caderno_referencia_1.pdf>. Acesso em: 13 julho 2018.

MONTERO, Paula. *Secularização e espaço público: a reinvenção do pluralismo religioso no Brasil*. Etnográfica Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia vol. 13 (1). 2009, p. 7-16.

MORAES, M. C. *O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital*, p 57-60. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org). *Introdução à Psicologia*. Campinas: Livro Pleno, 2002.

NIERO, E. M.; LORASCHI, C. *Bíblia e saúde pública: a vida com dignidade*. Vida Pastoral, São Paulo: Paulus, mar./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.vidapastoral.com.br/ano/2012/biblia-e-saude-publica-a-vida-com-dignidade/>>. Acesso em: 15 set. 2018.

- ONU MULHERES, Conferências Mundiais da Mulher Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>>. Acesso em: 18 jan. 2019.
- PAIVA, Geraldo José de. *Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas*. Estudos de Psicologia. Campinas. V.24, n.1, 2007, p. 99-104.
- PASTORAL DA PESSOA IDOSA, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Disponível em: <<http://www.pastoraldapessoaidosa.org.br/>>. Acesso em: 16 set. 2018.
- PASTORAL DE DST/AIDS, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Disponível em: <<http://www.pastoralids.org.br/index1.php>>. Acesso em: 19 set. 2018.
- PERES, Mário F. P. *A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos*. Revisão da literatura. Rev. Psiqu. Clín. 34, supl 1; 2007, p. 82-87.
- PIERUCCI, Antônio Flávio. *Secularização em Max Weber: Da contemporânea serventia de voltarmos a acessar aquele velho sentido*. Revista Brasileira Ciências Sociais, São Paulo, v. 13, n. 37, 1998, p. 43-73.
- PORTO, C.M. *A evolução do pensamento cosmológico e o nascimento da ciência moderna*. Revista Brasileira Ensino Física, São Paulo, v. 30, n. 4, 2008, p. 4601.1-4601.
- PORTELLA, Rodrigo. *Religião, Sensibilidades Religiosas e Pós-Modernidade Da ciranda entre religião e secularização*. Revista de Estudos da Religião, n 2, 2006, p. 71-87.
- PRATTA, E. & Santos, M. *O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 25 n. 2, 2009, p. 203-211.
- PROCHINO, Caio César Souza Camargo; *Subjetivação e cura no Neopentecostalismo*. Psicologia ciência e profissão, Brasília, v. 28, n. 3, 2008, p. 586-601.
- PUTTINI, Rodolfo Franco. *Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil*. Interface, Botucatu, v. 12, n. 24. 2008, p. 87-106.
- REBOLLO, Regina Andrés. *O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno*. Sci. stud., São Paulo, v. 4, n. 1, 2006, p. 45-81.
- RIZZARD, Camilla Domingues do Lago. *Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor*. O Mundo da Saúde, São Paulo v. 34 n. 4. 2010. p. 483-487.
- RODRIGUES, Elisa. *A formação do Estado secular brasileiro: notas sobre a relação entre religião, laicidade e esfera pública*. Horizonte, Belo Horizonte, v.11, n.29, 2013, p. 149.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna*. Estud. av., São Paulo, v. 2, n. 2,1988, p. 46-71.
- SANTOS JÚNIOR, Paulo Jonas dos. *A Religião no Currículo de Filosofia do Estado do Espírito Santo e sua Prática Docente*. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências das Religiões, Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2016.

SCLIAR, Moacyr. *História do Conceito de Saúde*. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n 1, 2007, p. 29-41.

SEVALHO, G. *A Historical Approach to Social Representations of Health and Disease*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.9, v. 3, 1993, p. 349-363.

SILVA, Katarine Andrade. *Perspectivas, reflexões e desafios dos modelos biomédico e biopsicossocial em psicologia*. 16º Encontro Nacional ABRAPSO. Recife, 2011.

SIQUEIRA, Reis. *O labirinto religioso ocidental. Da religião à espiritualidade. Do institucional ao não convencional*. Sociedade e Estado, Brasília, v. 23, n. 2, 2008, p. 425-462.

SOBRAL, André. *Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde*. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.1, 2010, p. 35-47.

SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral de. *Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, 2001, p. 155-174.

STOLL, Sandra Jacqueline. *Espiritismo à Brasileira*. São Paulo/ Curitiba: EDUSP/ Orion, 2003.

TEIXEIRA, E. *Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde*. Revista. Esc. Enf. USP, v.30, n.2, 1996, p. 286-90.

THEISSEN, Gerd. *O Jesus Histórico: um manual*. Segunda Edição. Edições Loyola: São Paulo. 2004, p. 13.

TRIVIÑOS, Augusto. *Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1987.

WEBER, Max. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. 6ª reimpressão. São Paulo: Martin Claret, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan. Lyon. 2008. Disponível em: <<https://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, _____ de _____ 2019

NOME DO PESQUISADOR: _____

PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE: _____

APENDICÊ B - QUESTIONÁRIO APLICADO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Profissão: _____ Estado civil: _____ Nacionalidade: _____

1- Cor ou raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo () incompleto

() Ensino médio - () completo () incompleto

() Superior - () completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não () Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? _____

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? _____

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não () sim - se sim desde quando? _____

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? _____

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? _____

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

() Não realizo () Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim () Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? () sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? () Sim () Não

14- Qual?

() Católica

() Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? _____

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta () pouco () muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através de seu grupo religioso? () sim () não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim () Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? () Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? () Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

() Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? () Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não () sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

Dificuldade de acesso para conseguir o exame

Pudor /vergonha

Crença religiosa

Medo/Desconforto/dor

Falta de informação

Outro _____



ANEXOS

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória – 27/02/2020.

TERMOS E QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS

PPGCR
Faculdade Unida de Vitória

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [REDACTED],
nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombo, 07 de 10 2019

NOME DO PESQUISADOR:

Paula Rocha de Moraes

PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE:

[REDACTED]

Nome: [REDACTED]

Endereço: [REDACTED]

Data de nascimento: 22/08/1971 Idade: 48

Profissão: Custureiro Estado civil: casado Nacionalidade: _____

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

Ensino Fundamental - () completo incompleto

() Ensino médio - () completo () incompleto

() Superior - () completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

1 de 20 anos

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 2 pessoas

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 3 pessoas

7- Encontra-se no período de menopausa?

não () sim - se sim desde quando? _____

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 20 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 30 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? Sim () Não

14- Qual?

() Católica

Evangélica Assembleia de Deus

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? A 3 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta pouco () muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? sim () não

Se sim, qual? No enterro rosa

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? Sim () Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? não () sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim () Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

() Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Paula Rocha de Moraes,
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 07 de 10 2019

NOME DO PESQUISADOR: Paula Rocha de Moraes
 PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE: Paula Rocha de Moraes

Nome: [REDACTED]

Endereço: [REDACTED]

Data de nascimento: 14 / 11 / 1969 Idade: 49

Profissão: engenheira Estado civil: casada Nacionalidade: _____

1- Cor ou raça: () branca () preta parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

Ensino Fundamental - () completo incompleto

() Ensino médio - () completo () incompleto

() Superior - () completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

2 filhos um de 16 e o outro de 14

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 2 pessoas

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 4 pessoas

7- Encontra-se no período de menopausa?

não () sim - se sim desde quando? _____

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? aos 17 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 30 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? Sim () Não

14- Qual?

() Católica

Evangélica Assembleia de Deus

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? A 10 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta pouco () muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim () Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

() Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 26 de MAIO 2019

NOME DO PESQUISADOR:

Paula Rocha de Moraes

PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE:

Nome: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 Data de nascimento: 14 / 11 / 1956 Idade: 60
 Profissão: de las Estado civil: casado Nacionalidade: brasileira

1- Cor ou raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

- () Sem escolaridade
 () Ensino Fundamental - () completo (x) incompleto
 () Ensino médio - () completo () incompleto
 () Superior - () completo () incompleto
 () Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não (x) Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

1 filho 29 anos

4- Renda familiar mensal de sua casa?

- () de R\$ 261,00 a R\$ 780,00
 () de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00
 (x) de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00
 () de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600
 () de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00
 () de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00
 () de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00
 () de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00
 () mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 2

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 3

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não (x) sim - se sim desde quando? _____

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 13 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 26

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

(x) Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim (x) Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? (x) sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? () Sim () Não

14- Qual?

() Católica

(x) Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? 20 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta () pouco () muito (x) sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim (x) não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim (x) Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? (x) Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? () Sim (x) Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

(x) Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? (x) Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não (x) sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim () Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

() Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [Redacted],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 05 de 05 2019

NOME DO PESQUISADOR:

Paula Rocha de Moraes

PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE:

[Redacted]

Nome: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 Data de nascimento: 02/08/1974 Idade: 45
 Profissão: Doméstica Estado civil: divorciada Nacionalidade: Bras. Peia

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - completo () incompleto

() Ensino médio - completo () incompleto

() Superior - () completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

1 filho 23 anos

4- Renda familiar mensal de sua casa?

de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 2

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 2

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não (X) sim - se sim desde quando? desde 27 anos

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 23 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 22 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

(X) Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim (X) Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? (X) sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? (X) Sim () Não

14- Qual?

() Católica

(X) Evangélica igreja metodista (também)

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? 32 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta () pouco () muito (X) sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim (X) não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim (X) Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? (X) Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? (X) Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

(X) Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? (X) Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? (X) não () sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

Dificuldade de acesso para conseguir o exame

Pudor /vergonha

Crença religiosa

Medo/Desconforto/dor

Falta de informação

Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [REDACTED],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 18 de outubro 2019

NOME DO PESQUISADOR: Paula Rocha de Moraes
 PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE: [REDACTED]

Nome: _____
 Endereço: _____
 Data de nascimento: 05 / 09 / 1964 Idade: 55
 Profissão: Professora Estado civil: Viúva Nacionalidade: Brasileira

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo () incompleto

() Ensino médio - () completo () incompleto

() Superior - completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

Dois filhas, 32 e 34 anos.

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? Dois

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? Três

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não () sim - se sim desde quando? 2017

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 19 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 20 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

() Anualmente () outra: 3 meses

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim () Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? () sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? () Sim () Não

14- Qual?

() Católica

() Evangélica Igreja Batista

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? 13 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta () pouco () muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim () não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim () Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? () Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? () Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

() Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? () Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não () sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

() Sim (X) Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

(X) Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

() Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [REDACTED],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 08 de outubro 2019

NOME DO PESQUISADOR: Paula Rocha de Moraes
 PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE: [REDACTED]

Nome: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 Data de nascimento: 24/08/61 Idade: 58
 Profissão: Aprendizada Estado civil: casada Nacionalidade: Bres.

1- Cor ou raça: branca preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo () incompleto

() Ensino médio - completo () incompleto

() Superior - () completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

2 : 32 e 32 anos

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600

de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 2

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 3

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não sim - se sim desde quando? 8 anos

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 24

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 42

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? Sim () Não

14- Qual?

() Católica

Evangélica Batista

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? 38 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta () pouco muito () sempre

17- Já obtive informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim não

Se sim, qual? estamos pesquisando:

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? Sim Não

23- Pratica atividade física regularmente? não () sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

() Sim (X) Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

() Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

(X) Outro demora para marcar exames (SUS).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [REDACTED],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombo, 26 de JUNHO 2019

NOME DO PESQUISADOR:

Paula Rocha de Moraes

PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE:

[REDACTED]

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: 13 / 06 / 1960 Idade: 59

Profissão: ENGENHEIRO Estado civil: VIÚVA Nacionalidade: BRASILEIRA

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo () incompleto

() Ensino médio - () completo () incompleto

Superior - completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

DUAS FILHAS - 26 E 28 ANOS

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 04

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 03

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não (X) sim - se sim desde quando? 2018

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 18 ANOS

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 21 ANOS

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

(X) Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim (X) Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? (X) sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? (X) Sim () Não

14- Qual?

() Católica

() Evangélica _____

(X) Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? 11 ANOS

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta (X) pouco () muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim (X) não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim (X) Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? () Sim (X) Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? (X) Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

(X) Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? () Sim (X) Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não (X) sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

() Sim (X) Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

() Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

(X) Outro POUCO CASO, INÉRCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [REDACTED],
nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 20 de JUNHO 2019

NOME DO PESQUISADOR:

Paula Rocha de Moraes

PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE:

[REDACTED]

Nome: _____
 Endereço: _____
 Data de nascimento: 16/04/1962 Idade: 57
 Profissão: APENANTADA Estado civil: SOLTEIRA Nacionalidade: BRASILEIRA

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo () incompleto

() Ensino médio - () completo () incompleto

Superior - completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? Não () Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600

de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 2

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 2

- 7- Encontra-se no período de menopausa?
 não sim - se sim desde quando? _____
- 8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? _____
- 9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? _____
- 10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?
 Anualmente outra: _____
- 11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? Sim Não
- 12- Tem histórico familiar de Câncer? sim Não
- 13- Frequenta alguma instituição religiosa? Sim Não
- 14- Qual?
 Católica
 Evangélica _____
 Espírita
- 15- Há quanto tempo participa dessa instituição? 30 anos _____
- 16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?
 não frequenta pouco muito sempre
- 17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? sim não
 Se sim, qual? Salvador _____
- 18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? Sim Não
- 19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? Sim Não
- 20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? Sim Não
- 21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?
 Sim Não
- 22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? Sim Não
- 23- Pratica atividade física regularmente? não sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

() Sim (X) Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

() Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

() Outro sem dificuldades para a realização dos exames.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [Redacted Signature],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 09 de outubro 2019

NOME DO PESQUISADOR: Paula Rocha de Moraes
 PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE: [Redacted Signature]

Nome: [Redacted]
 Endereço: [Redacted] 23
 Data de nascimento: 31 / 12 / 62 Idade: 56
 Profissão: Apresentada Estado civil: Divorciada Nacionalidade: brasileira
 1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena
 2- Nível de escolaridade:
 () Sem escolaridade
 () Ensino Fundamental - () completo () incompleto
 () Ensino médio - () completo () incompleto
 () Superior - completo () incompleto
 () Mestrado e doutorado
 3- Possui filhos? () Não Sim
 Se sim quantos filhos e qual idade?
2 - 28 e 26 anos

 4- Renda familiar mensal de sua casa?
 () de R\$ 261,00 a R\$ 780,00
 () de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00
 () de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00
 () de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600
 () de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00
 () de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00
 de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00
 () de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00
 () mais de R\$ 7.800,00
 5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 04
 6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 05

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não () sim - se sim desde quando? _____

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 24

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 20 anos ±

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

() Anualmente (X) outra: 2 a 3 anos

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim (X) Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? (X) sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? (X) Sim () Não

14- Qual?

(X) Católica

() Evangélica _____

() Espirita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? Desde que nasci

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta () pouco (X) muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim (X) não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim (X) Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? () Sim (X) Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? (X) Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

(X) Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? (X) Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não (X) sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

() Sim (x) Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

(x) Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

() Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [REDACTED],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 20 de setembro 2019

NOME DO PESQUISADOR: Paula Rocha de Moraes
 PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE: [REDACTED]

Nome: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 Data de nascimento: 22/10/1972 Idade: 47
 Profissão: Docente Estado civil: Casada Nacionalidade: Brasileira

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

Sem escolaridade
 Ensino Fundamental - () completo () incompleto
 Ensino médio - completo () incompleto
 Superior - () completo () incompleto
 Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?
3 filhos, 1 filho 27, 2 filhos 24 e 3 filha 22

4- Renda familiar mensal de sua casa?

de R\$ 261,00 a R\$ 780,00
 de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00
 de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00
 de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600,00
 de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00
 de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00
 de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00
 de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00
 mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 1

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 5

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não (x) sim - se sim desde quando? 46 anos

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 20 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 25 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

(x) Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim (x) Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? (x) sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? (x) Sim () Não

14- Qual?

(x) Católica

() Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? 34 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta (x) pouco () muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim (x) não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim (x) Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? () Sim (x) Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? () Sim (x) Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

() Sim (x) Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? (x) Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não (x) sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

Dificuldade de acesso para conseguir o exame

Pudor /vergonha

Crença religiosa

Medo/Desconforto/dor

Falta de informação

Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu [REDACTED],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 20 de MAIO 2019

NOME DO PESQUISADOR:

Paula Rocha de Moraes

PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE:

[REDACTED]

Nome: [REDACTED]

Endereço: [REDACTED]

Data de nascimento: 11/01/1966 Idade: 53 anos

Profissão: do lar Estado civil: casada Nacionalidade: Brasileira

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo () incompleto

() Ensino médio - () completo incompleto

() Superior - () completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

2 filhas, 1 filho 30 anos, 2 filhos 21 anos.

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600,00

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 2 pessoas

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 4 pessoas

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não (X) sim - se sim desde quando? 30 anos

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 22 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 23 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

(X) Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim (X) Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? (X) sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? (X) Sim () Não

14- Qual?

(X) Católica

() Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? há 42 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta () pouco () muito (X) sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim (X) não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim (X) Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? (X) Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? (X) Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

(X) Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? (X) Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? (X) não () sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

() Sim (X) Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

(X) Dificuldade de acesso para conseguir o exame

() Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

() Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [Redacted Signature],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 07 de outubro 2019

NOME DO PESQUISADOR: Paula Rocha de Moraes
 PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE: [Redacted Signature]

Nome: _____
 Endereço: _____
 Data de nascimento: 06/04/73 Idade: _____
 Profissão: doméstica Estado civil: solteira Nacionalidade: _____

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo incompleto

() Ensino médio - () completo () incompleto

() Superior - () completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

2 filhos
27 anos, 19 anos

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600,00

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 2

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 2

7- Encontra-se no período de menopausa?

não () sim - se sim desde quando? _____

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 18

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 20

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? () sim Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? Sim () Não

14- Qual?

Católica

() Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? Uns 10 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta pouco () muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? sim () não

Se sim, qual? sobre sexo

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? Sim () Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? não () sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim () Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

() Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Sally Gomes,
nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 12 de JULHO 2019

NOME DO PESQUISADOR:

Paula Rocha de Moraes

PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE:

Sally Gomes

Nome: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]

Data de nascimento: 10 / 05 / 60 Idade: 59 anos

Profissão: Professora Estado civil: solteira Nacionalidade: Brazileira

1- Cor ou raça: () branca (X) preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo () incompleto

() Ensino médio - () completo () incompleto

(X) Superior - (X) completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? (X) Não () Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

(X) de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? uma

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? uma

7- Encontra-se no período de menopausa?

não () sim - se sim desde quando? _____

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 28 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 20 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? Sim () Não

14- Qual?

Católica

() Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? 25 anos (aproximadamente)

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta pouco () muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? () Sim Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? () Sim Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

() Sim Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

() Sim (X) Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

() Pudor / vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

(X) Outro Não teve dificuldade

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Apresentação Anônima da Rocha,
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 07 de outubro 2019

NOME DO PESQUISADOR: Paula Rocha de Moraes
 PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE: Apresentação Anônima da Rocha

Nome: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 Data de nascimento: 10 / 08 / 1964 Idade: _____
 Profissão: professora Estado civil: solteira Nacionalidade: Jambato/MG

1- Cor ou raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

- () Sem escolaridade
 () Ensino Fundamental - () completo () incompleto
 () Ensino médio - () completo () incompleto
 () Superior - () completo () incompleto
 () Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não () Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

4- Renda familiar mensal de sua casa?

- () de R\$ 261,00 a R\$ 780,00
 () de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00
 () de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00
 () de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600
 de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00
 () de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00
 () de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00
 () de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00
 () mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? uma

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? nenhuma

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não (X) sim - se sim desde quando? 51 anos

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 35 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 20 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

() Anualmente (X) outra: 6 meses ±

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim (X) Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? () sim (X) Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? (X) Sim () Não

14- Qual?

(X) Católica

() Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? A vida toda.

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta () pouco () muito (X) sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? (X) sim () não

Se sim, qual? meditação, exercícios físicos, prevenção sobre doenças, a boa saúde da "mulher", alimentação saudável ... etc.

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? (X) Sim () Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? (X) Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? (X) Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

() Sim (X) Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? (X) Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não (X) sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim () Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

() Pudor /vergonha

() Crença religiosa

Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

() Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [REDACTED],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombo, 07 de outubro 2019

NOME DO PESQUISADOR: Paula Rocha de Moraes
 PAULA ROCHA DE MORAES



NOME DO PARTICIPANTE: [REDACTED]
 CamScanner

Nome: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 Data de nascimento: 04/05/61 Idade: 58 anos
 Profissão: F. pública Estado civil: casado Nacionalidade: Brasileira

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo () incompleto

Ensino médio - completo () incompleto

() Superior - () completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? Não () Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600,00

de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 02

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 02

7- Encontra-se no período de menopausa?

não () sim - se sim desde quando? _____

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 17

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 19

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? Sim () Não

14- Qual?

Católica

() Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? 50 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta () pouco () muito sempre

17- Já obtive informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? Sim () Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

Dificuldade de acesso para conseguir o exame

Pudor /vergonha

Crença religiosa

Medo/Desconforto/dor

Falta de informação

Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [REDACTED],
nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 08 de setembro 2019

NOME DO PESQUISADOR:

Paula Rocha de Moraes

PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE:

[REDACTED]

Nome: [REDACTED]
 Endereço: [REDACTED]
 Data de nascimento: 05 / 06 / 62 Idade: 57 anos
 Profissão: Empresaria Estado civil: divorçada Nacionalidade: brasileira

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo () incompleto

Ensino médio - completo () incompleto

() Superior - () completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

2 filhos - 33 anos e 20 anos

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

() de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600,00

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? 2 pessoas

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? 3 pessoas

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não (X) sim - se sim desde quando? 2 anos

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 21 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 24 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

(X) Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim (X) Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? (X) sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? (X) Sim () Não

14- Qual?

(X) Católica

() Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? idade sempre

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta (X) pouco () muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim (X) não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim (X) Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? (X) Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? (X) Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

(X) Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? (X) Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não (X) sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

() Sim () Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

() Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

() Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [REDACTED],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 08 de outubro 2019

NOME DO PESQUISADOR:

Paula Rocha de Moraes

PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE:

[REDACTED]

7- Encontra-se no período de menopausa?

() não (✓) sim - se sim desde quando? 2009

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 20 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 11 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

(✓) Anualmente () outra: _____

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim (✓) Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? (✓) sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? (✓) Sim () Não

14- Qual?

(✓) Católica

() Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? 10 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta (✓) pouco () muito () sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? () sim (✓) não

Se sim, qual? _____

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? () Sim (✓) Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? (✓) Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? () Sim (✓) Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

(✓) Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? (✓) Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não (✓) sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

Dificuldade de acesso para conseguir o exame

Pudor /vergonha

Crença religiosa

Medo/Desconforto/dor

Falta de informação

Outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, [REDACTED],
 nesta data como, fui convidado e aceitei participar do estudo científico acima elaborado pela Paula Rocha de Moraes ora mestranda da Faculdade Unida de Vitória. Estou ciente que a minha participação na referida pesquisa será utilizada pela Paula Rocha de Moraes na sua dissertação de conclusão de curso de mestrado profissional em Ciência das Religiões. Fui informado pela pesquisadora que os dados coletados ficarão em sua posse e responsabilidade, sendo expostos apenas à apreciação da Faculdade Unida, que guardará esses dados como sigilosos. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto de mestrado são: o Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos e Paula Rocha de Moraes. Todas as perguntas acima foram devidamente esclarecidas pela Paula Rocha de Moraes, que em momento algum interferiu nas minhas respostas. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui mencionado, como compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Tombos, 03 de outubro 2019

NOME DO PESQUISADOR: Paula Rocha de Moraes
 PAULA ROCHA DE MORAES

NOME DO PARTICIPANTE: [REDACTED]

Nome: [REDACTED]

Endereço: [REDACTED]

Data de nascimento: 25/08/1965 Idade: 54

Profissão: Coladoleirinho Estado civil: casado Nacionalidade: Brasileira

1- Cor ou raça: branca () preta () parda () amarela () indígena

2- Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino Fundamental - () completo () incompleto

Ensino médio - completo () incompleto

() Superior - () completo () incompleto

() Mestrado e doutorado

3- Possui filhos? () Não Sim

Se sim quantos filhos e qual idade?

2 filhos 20 anos

16 anos

4- Renda familiar mensal de sua casa?

() de R\$ 261,00 a R\$ 780,00

() de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00

() de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00

de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600

() de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00

() de R\$ 3.901 a R\$ 5.200,00

() de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00

() de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00

() mais de R\$ 7.800,00

5- Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda? Dois (2)

6- Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? Quatro (4)

7- Encontra-se no período de menopausa?

não () sim - se sim desde quando? —

8- Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? 20 anos

9- Qual idade realizou o primeiro exame preventivo? 28 anos

10- Qual periodicidade que realiza o exame preventivo ginecológico?

() Anualmente outra: 29 anos

11- Já foi detectada com alguma lesão pré cancerígena? () Sim Não

12- Tem histórico familiar de Câncer? sim () Não

13- Frequenta alguma instituição religiosa? Sim () Não

14- Qual?

Católica

() Evangélica _____

() Espírita

15- Há quanto tempo participa dessa instituição? Há 54 anos

16- Grau de envolvimento em práticas religiosas públicas?

() não frequenta () pouco () muito sempre

17- Já obteve informações de saúde através da seu grupo religioso? sim () não

Se sim, qual? Saúde preventiva, pastoral

18- Seu grupo religioso realiza parceria com outras instituições para realização de projetos para conscientização da saúde? Sim () Não

19- Já ouviu falar do outubro rosa dentro do seu grupo religioso? Sim () Não

20- Acha que sua religião contribui para sua saúde e bem estar? Sim () Não

21- Sua religião incentiva hábitos de vida saudável como não fumar e não beber?

Sim () Não

22- Sua religião apoia o sexo com apenas um parceiro? Sim () Não

23- Pratica atividade física regularmente? () não sim

24- Você já teve informações sobre doenças sexualmente transmissíveis em seu grupo religioso?

Sim () Não

25- Na sua opinião, qual a maior dificuldade para a realização do exame preventivo?

() Dificuldade de acesso para conseguir o exame

() Pudor /vergonha

() Crença religiosa

() Medo/Desconforto/dor

() Falta de informação

Outro ADAPTAÇÃO